

AVISO DE BENEFICIOS

Carolina del Norte Departamento de Servicios Sociales del Condado de _____

Fecha: _____

Caso del Condado #: _____

APROBACIONES DE SOLICITUD

En fecha _____, usted solicitó: _____.

Su solicitud de _____ ha sido **aprobada** según lo siguiente:

Monto de pago:	Mes de pago:
_____	_____
_____	_____

Los reglamentos del Estado que se aplicaron para aprobar esta solicitud se encuentran en _____ de _____.

Los beneficios de _____ desde _____ hasta _____ han sido **negados** porque usted no cumple con lo estipulado en lo(s) siguiente(s) reglamento(s): _____.

Los reglamentos del Estado que se aplicaron para tomar esta decisión están contenidos en donde se estipula que: _____.

Se aprueba Medicaid **a partir de** _____ hasta _____.

Sus beneficios de Medicaid cubren todos los servicios médicos necesarios. Si obtiene Medicare a través de la Administración del Seguro Social, Medicaid pagará las primas A y B, el deducible y el coseguro de Medicare a partir del: _____.

Su Medicaid sólo paga sus primas A y B, el deducible y el coseguro de Medicare por servicios aprobados por Medicare.

Su Medicaid sólo paga por servicios relacionados al embarazo y por afecciones que puedan complicar el embarazo.

La cobertura retroactiva de Medicaid se aprueba por el(los) mes(es) de _____.

Su responsabilidad económica mensual como paciente por cuidados a largo plazo es la siguiente:

Responsabilidad económica mensual del paciente:	Fecha de entrada en vigencia:
_____	_____
_____	_____

Los reglamentos del Estado que se utilizaron para aprobar esta solicitud se encuentran en _____ de _____.

Los beneficios de Medicaid desde _____ hasta _____ han sido **negados** porque usted no cumplió con lo estipulado en lo(s) siguiente(s) reglamento(s): _____.

Los reglamentos del Estado que se aplicaron para tomar esta decisión están contenidos en donde se estipula que: _____.

CONTINUIDAD DE LA ELEGIBILIDAD

Su _____ continúa.

Los reglamentos del Estado que se utilizaron para tomar esta medida están contenidos en _____ de _____.

Firma

Número de teléfono

DERECHO A UNA AUDIENCIA: Si piensa que nos equivocamos, usted tiene plazo hasta _____, que es el día en el que se cumplen los 60 días a partir de la fecha de este aviso, para solicitar una audiencia.

POR FAVOR LEA SOBRE SU DERECHO A AUDIENCIA EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTE AVISO.



**¿Llamar al asistente social asignado a su caso puede resolver el problema!
¿No fue a una cita o no envió un formulario u otra información?**

Usted puede:

1. Llamar al asistente social asignado a su caso para reprogramar la cita o ver lo que se puede hacer.
2. Enviar el formulario u otra información inmediatamente. Recuerde que debe responder todas las preguntas. Recuerde que debe adjuntar comprobantes que prueben sus ingresos.
3. Llamar al asistente social asignado para ver lo que se puede hacer, si su caso ya ha sido cerrado.

¿No hizo algo que el asistente social asignado le pidió que hiciera?

Puede llamar al asistente social encargado de su caso para explicarle la razón e intentar resolver el problema.

¿Cometió un error el asistente social?, o ¿ha cambiado su situación personal?

Llame al asistente social encargado de su caso de inmediato.



¿Todavía tiene problemas? Puede solicitar una audiencia.

Si piensa que nos equivocamos o tiene información nueva, usted tiene derecho a una audiencia. Debe solicitar dicha audiencia dentro de un plazo de 60 días (o 90 si existe una causa justificada para la demora). La audiencia es una reunión para revisar su caso y otorgarle los beneficios que le corresponden si es que existió un error. Llame o escriba a su asistente social para solicitar una audiencia. Se llevará a cabo una audiencia local dentro de un plazo de 5 días a partir de la fecha de su solicitud a menos que usted solicite que se posponga. La audiencia puede postergarse, por causas justificadas, hasta 10 días calendario. Luego de que se celebre la audiencia, si usted cree que la decisión tomada en dicha audiencia local es incorrecta, llame o escriba a su asistente social **DENTRO DE UN PLAZO DE 15 DÍAS** para solicitar una segunda audiencia. La segunda audiencia se llevará a cabo ante un funcionario estatal de audiencias.

Si usted solicita una audiencia para tratar asuntos del programa Work First y vive en determinados condados, la segunda audiencia se llevará a cabo ante un funcionario del condado.

Si usted desea solicitar una audiencia para tratar asuntos de discapacidad, llame o escriba a su asistente social para solicitarla. En este caso no se lleva a cabo una audiencia local. Un funcionario estatal de audiencias celebra la audiencia para tratar asuntos de discapacidad.

¿Sabía que usted tiene derecho a que lo representen?

Usted puede pedir que alguna persona hable en su representación en su audiencia; por ejemplo, un pariente o un auxiliar jurídico o un abogado que usted contrate a su propio costo. **Puede que se tengan disponibles servicios jurídicos gratuitos en su comunidad.** Comuníquese con la oficina de Asistencia Legal o Servicios Legales más cercana o llame gratis al 1-866-219-5262.

Si tiene más preguntas o inquietudes, comuníquese con el asistente social asignado a su caso o llame gratis al Servicio de Información y Derivación a Especialistas CARE-LINE: 1-800-662-7030. En el número de CARE-LINE, se tiene también disponible el sistema TDD/Voz para atender a las personas con discapacidad auditiva. La oficina de CARE-LINE presta servicios desde las 7:00 de la mañana hasta las 11:00 de la noche, 7 días a la semana, incluyendo los días festivos estatales.

¿Sabía que usted tiene derecho a ver su expediente?

A su solicitud, el asistente social asignado a su caso le mostrará a usted (o a la persona que hablará en su representación) su expediente de beneficios antes de su audiencia. A su solicitud, usted también puede ver cualquier otra información que será presentada en la audiencia. Usted puede recibir copias gratuitas de esta información. Usted puede volver a ver esta información durante su audiencia.

¿Comprende usted sus derechos?

¿Comprende cómo obtener una audiencia? Si usted tiene cualquier pregunta, por favor comuníquese con el asistente social asignado a su caso lo más pronto posible.

¿Cuidado con el fraude!



No olvide informar todos los cambios al Departamento de Servicios Sociales de su condado dentro de un plazo de 10 días calendario (5 días en casos de Asistencia Especial). Si no sabe si un cambio es importante, pregunte al asistente social encargado de su caso. Si no suministra la información y los cambios de forma veraz, usted puede ser hallado culpable de un delito menor o grave.

Aviso para los beneficiarios de Asistencia Familiar Work First cuyos beneficios han cesado:

A menos que solicite a la Agencia de Sustento de Menores detener los servicios de manutención de menores, usted continuará recibéndolos. Si usted decide suspender los servicios, pero vuelve a solicitar servicios dentro de un plazo de treinta (30) días, no se le cobrará la cuota de solicitud. Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales de su condado para obtener el nombre y número de teléfono de un funcionario de la Agencia de Sustento de Menores en su condado.