

Aviso de Aprobación de Medicaid Con un Período de Cobertura de Medicaid Restringido

Nombre del Individuo Institucionalizado	Nombre del Cónyuge de la Sociedad Conyugal (de ser necesario)	Fecha de envío
Dirección	Dirección	No. del caso
Ciudad, estado, zona postal	Ciudad, estado, zona postal	Condado

Esta notificación le informa qué es lo que estamos haciendo en su caso. Comuníquese con su trabajador(a) social si no comprende este aviso. Nosotros podemos explicárselo. Además, es posible que podamos cambiar lo que estamos haciendo.

- Su solicitud de Medicaid con fecha del _____ ha sido **APROBADA** a partir del _____.
- solicitud de Medicaid para la cobertura de cuidados a largo ha sido **NEGADA** a partir del _____ debido a:

- Una transferencia inapropiada de bienes. Esto significa que Medicaid no pagará ningún servicio en concepto de cuidados a largo plazo en una institución de cuidados médicos, a través de una renuncia de servicios en el hogar o basado en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) ni a través del Programa de Cuidados Inclusivos para Personas de la Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés).

Si es elegible de algún otro modo, Medicaid comenzará a pagar la institución de cuidados médicos a partir del _____.

Durante el primer mes en el que usted sea elegible para el pago de una institución de cuidados médicos, HCSB o PACE, su participación en el costo del cuidado (responsabilidad del paciente) será \$ _____. (Este monto podrá incluir una cobertura mensual parcial o cobertura restringida debido a la transferencia inapropiada de bienes).

Después de este primer mes, su participación en el costo del cuidado será \$ _____.

- El valor líquido de su vivienda es de \$ 500,000 o más. Esto significa que Medicaid no pagará ningún servicio de cuidados a largo plazo en una institución de cuidados médicos a través de la renuncia de servicios en el hogar o basados en la comunidad (HCSB) ni a través del programa de Cuidados Inclusivos para Personas de la Tercera Edad (PACE). Si usted es elegible de algún otro modo y el valor líquido de su vivienda cae por debajo de \$ 500,000, Medicaid comenzará a pagar los servicios de cuidados a largo plazo que usted reciba.

Las reglas del Código Administrativo de Ohio que respaldan esta medida:

Trabajador de Elegibilidad	Distrito/ Identificación	No. de Teléfono
----------------------------	--------------------------	-----------------

Por favor advierta: Si su solicitud para obtener servicios de cuidados a largo plazo, inscripción en una renuncia de servicios en el hogar o basado en la comunidad (HCSB) o inscripción en el Programa de Cuidados Inclusivos para Personas de Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés) ha sido negada debido a una transferencia inapropiada de recursos, o si el valor líquido de su vivienda es superior a \$ 500,000, la ley le permite que usted solicite una exención por adversidad indebida. Un individuo podrá solicitar una exención cuando un período de cobertura de Medicaid restringido o falta de elegibilidad para el pago de estos servicios ocasionarían una adversidad indebida para el individuo institucionalizado. Una adversidad indebida surge cuando se solicita un período de cobertura de Medicaid restringido o cuando la falta de elegibilidad de pago privaría al individuo de alimentos, ropa, alojamiento u otras necesidades de la vida.

Si usted solicita una audiencia estatal, deberá proporcionar pruebas que respalden su motivo de que existe condiciones de adversidad indebidas. Con su consentimiento escrito, el hogar de cuidados donde usted reside puede solicitar una audiencia estatal en representación suya. La institución de cuidados debe establecer el motivo por el cual se solicita la exención y debe proporcionar evidencia de que existe dicha adversidad indebida.

Solicite una Audiencia Estatal si Desea Apelar

Solicite una audiencia estatal si usted no está de acuerdo con lo que estamos haciendo o si considera que estamos cometiendo un error. En la audiencia estatal, usted puede explicar sus motivos. Nosotros le explicaremos nuestros motivos. Un Funcionario de audiencias del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio decidirá quien tiene razón.

Si usted desea una audiencia, nosotros deberemos recibir su solicitud de audiencia dentro de un período de 90 días contados a partir de la fecha de envío de esta notificación.

Un Tercero puede ayudarle (un abogado, trabajador(a) social, amigo, familiar, etc.). Un tercero puede solicitar una audiencia para usted y puede asistir a dicha audiencia con usted.

Usted puede solicitar que su programa de Asistencia Legal Local le ayude con su caso. Llame a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al 1-800-589-5888 (una llamada sin cargo) si usted necesita el número local.

Las leyes federales nos obligan a mantener confidencial su información médica. Esto incluye toda la información que tenemos acerca de su salud, la atención médica que usted obtiene, los pagos que Medicaid de Ohio efectúa para su atención médica, etc. Nuestro Aviso en cuanto a las Prácticas de Privacidad” (HIPAA, por sus siglas en inglés) le proporciona más información acerca de sus derechos de privacidad en virtud de la ley. Usted podrá obtener una copia de dicho aviso llamando a la Línea Especial para el Cliente de Medicaid en el Estado de Ohio (800) 324-8680 o visitando nuestro sitio en la red: www.jfs.ohio.gov/hipaa/privacy.pdf. La ley es la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

Si usted desea solicitar una audiencia estatal, siga las instrucciones de la página siguiente. Si alguna otra persona presenta una solicitud escrita de dicha audiencia en representación suya, la misma debe incluir una declaración escrita firmada por usted que nos diga si esa persona es su representante. Solo usted puede hacer un pedido por teléfono.

Solicitud de Audiencia Estatal

Firme y complete los espacios en blanco.

Yo considero que esta política se me está aplicando a mí de forma incorrecta. Yo deseo una audiencia estatal.

Firme aquí: _____ Fecha ____/____/____ Teléfono: _____

Complete esta parte si un tercero ya ha prestado su consentimiento para representarlo(a) (un abogado, trabajador(a) social, amigo, familiar, etc.). Por favor, infórmenos si alguna otra persona presta su consentimiento para representarlo(a) en otro momento.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

_____ Correo Electrónico: _____

Elija uno de los siguientes modos de enviarnos esta solicitud:

- Envíe una copia de esta página al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio, Oficina de Audiencias Estatales. P.O. Box 182825, Columbus, Ohio 43218-2825; o
- Envíe por fax este lado de la página solamente al (614) 728-9574 (ODJFS, Oficina de Audiencias Estatales); o
- Envíe por correo electrónico a: bsh@odjfs.state.oh.us. Por favor, incluya su nombre, dirección, número de caso e indíquenos el motivo por el cual usted está solicitando una audiencia, o
- Llame por teléfono a la Línea de Acceso del Cliente de ODJFS al 1-866-635-3748 (1-866-ODJFS-4-U) y siga las instrucciones para las audiencias estatales. Solo usted puede llamar.