

Notificación de Aprobación de su Solicitud para Medicaid: En Casos de Cónyuges con Sociedad Conyugal

Nombre del Cónyuge Institucionalizado	Nombre del Cónyuge con Sociedad Conyugal	Fecha de Envío
Dirección	Dirección	No. de Caso
Ciudad, Estado, Zona Postal	Ciudad, Estado, Zona Postal	Condado

La presente notificación le informa acerca de la determinación que el departamento de trabajo y servicios a la familia del condado ha tomado con respecto a su caso. Si usted no comprende esta determinación, comuníquese con el/la trabajadora a cargo de determinar su elegibilidad.

Su solicitud de Medicaid para recibir cobertura de cuidados a largo plazo con fecha del _____ se ha APROBADO a partir del _____.

Motivo de la Aprobación:

Las reglas del Código Administrativo del Estado de Ohio que respaldan esta aprobación _____

A esta carta se le adjuntan varios formularios:

- ODM 04076 “Hoja de Trabajo para la Evaluación de Recursos”. Este formulario determina la cantidad total de recursos combinados disponibles para el cónyuge institucionalizado y cónyuge de la sociedad conyugal a partir de la fecha de la institucionalización.
- ODM 04077 “Hoja de Trabajo para la Transferencia de Recursos”. Este formulario determina la cantidad de recursos que se le atribuyen a cada uno de los individuos.
- ODM 04078 “Hoja de Trabajo para la Computación de la Asignación de Ingresos Mensuales” (“MIA”, por sus siglas en inglés). Este formulario determina la cantidad de ingresos mensuales que el cónyuge de la sociedad conyugal podrá recibir del cónyuge institucionalizado.
- ODM 04206 “Hoja de Trabajo para la Computación de la Asignación Familiar (“FA”, por sus siglas en inglés) y de la Asignación de las Necesidades para el Mantenimiento de la Familia (“FMNA”, por sus siglas en inglés)” si resulta pertinente. Este formulario determina la cantidad de ingresos que los miembros de la familia dependientes podrán recibir.

Las siguientes determinaciones se toman de los siguientes formularios:

- | | |
|--|----------|
| 1. Recursos asignados para el cónyuge de la sociedad conyugal | \$ _____ |
| 2. Recursos asignados para el cónyuge institucionalizado | \$ _____ |
| 3. Asignación de las necesidades de mantenimiento mensuales mínimas | \$ _____ |
| 4. Ingresos brutos contables del cónyuge de la sociedad conyugal
(incluye los ingresos del cónyuge institucionalizado y los ingresos generados de recursos) | \$ _____ |
| 5. Asignación de las Necesidades para el Mantenimiento de la Familia / Necesidades de la Familia | \$ _____ |

Trabajador de Elegibilidad	Distrito / Identificación	No. De Teléfono

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;

Envíe por fax este lado de la página solamente al (614) 728-9574 (ODJFS, Oficina de Audiencias Estatales);

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,

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.