

Disponibilidad de Exención por Penuria

Número del caso	Fecha de envío por correo
Nombre del individuo internado	Nombre del representante autorizado
Hogar de convalecencia	Dirección del representante autorizado
Condado	Ciudad, estado y código postal del representante autorizado

1. Bajo leyes federales y estatales de transferencia de bienes, cuando un individuo internado, el cónyuge de este individuo, o alguien que actúa en nombre de cualquiera de los cónyuges, transfiere bienes por menos del valor justo de mercado, el individuo internado está sujeto a un periodo restringido de cobertura de Medicaid.

Esto quiere decir que Medicaid no pagará por servicios de hogar de convalecencia, un nivel de cuidado en cualquier establecimiento equivalente al de un hogar de convalecencia, cualesquiera servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS por sus siglas en inglés) proporcionados bajo una exención, o inscripción en el Programa de Cobertura Total de Salud para Ancianos (Program of All-Inclusive Care for the Elderly o PACE, por sus siglas en inglés) por cierto periodo de tiempo.

2. Un individuo no es elegible para pagos de Medicaid por servicios de cuidado a largo plazo, exención de HCBS o PACE si la participación en el capital del individuo en el hogar del individuo excede \$500.000.

Un individuo puede solicitar una exención por penuria cuando un periodo restringido de cobertura de Medicaid o inelegibilidad para pago de estos servicios causaría una penuria excesiva para el individuo internado. Una penuria excesiva existe cuando la aplicación de un periodo restringido de cobertura de Medicaid o inelegibilidad para pago privaría al individuo de cuidado médico de manera que la salud o la vida del individuo se pondría en peligro, o el individuo sería privado de comida, ropa, alojamiento u otras necesidades de la vida.

Para solicitar una exención por penuria, complete la siguiente información y presente esta solicitud a su trabajador de elegibilidad dentro de 10 días. Se le notificará por escrito de la aprobación o denegación de su solicitud de exención por penuria.

Por medio de la presente autorizo a _____ a presentar una solicitud de exención por penuria en mi nombre. (hogar de convalecencia)

NOTA: El hogar de convalecencia debe estipular la razón de solicitar la exención y proporcionar documentos para respaldarla.

Estoy solicitando una exención por penuria por las siguientes razones:

Estoy proporcionando la siguiente documentación para respaldar mi solicitud:

Firma requerida

Solicitante/Receptor	Representante autorizado	Fecha
Trabajador de elegibilidad	Distrito/Identificación	Fecha

Solicite una audiencia estatal si desea apelar

Solicite una audiencia estatal si no está de acuerdo con lo que estamos haciendo o considera que estamos cometiendo un error. En la audiencia estatal, usted puede explicar sus razones y nosotros explicaremos nuestras razones. Un oficial de audiencias del Departamento de Medicaid de Ohio decidirá quién tiene la razón.

Si desea una audiencia, debemos recibir su solicitud dentro de 90 días de la fecha de envío por correo anotada en este aviso.

Alguien más le puede ayudar (un abogado, trabajador social, amigo, familiar, etc.). Alguien más puede solicitar una audiencia para usted y asistir a la audiencia con usted.

Usted puede pedirle ayuda gratis con su caso a su programa local de Legal Aid (Asistencia Legal). Llame a la Ohio State Legal Services Association (Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio) al 1-800-589-5888 (una llamada gratuita) si necesita el número de teléfono local.

La ley federal requiere que mantengamos la confidencialidad de su información de salud. Esto incluye toda la información que tenemos acerca de su salud, el cuidado médico que usted recibe, los pagos que Medicaid de Ohio realiza por su cuidado médico, etc. Nuestro "HIPAA Privacy Notice" (Aviso de Privacidad de HIPAA) le proporciona más información acerca de sus derechos de privacidad bajo la ley. Usted puede obtener una copia de este aviso llamando gratuitamente a la Línea directa de Medicaid de Ohio para los consumidores al (800) 324-8680 o visitando nuestro sitio en internet en www.jfs.ohio.gov/hipaa/privacy.pdf. La ley es la Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 o HIPAA, por sus siglas en inglés).

Si desea solicitar una audiencia estatal, siga las instrucciones que aparecen a continuación. Si alguien más completa una solicitud por escrito para una audiencia en su nombre, esta debe incluir una declaración por escrito, firmada por usted, que nos diga que esta persona es su representante. Sólo usted puede realizar una solicitud por teléfono.

Solicitud de audiencia estatal

Firme y complete los espacios en blanco.

Yo considero que esta política se me está aplicando incorrectamente. Deseo una audiencia estatal.

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

Complete esta sección si alguien más ha aceptado representarlo (un abogado, trabajador social, amigo, familiar, etc.). Si alguien acepta representarlo más adelante, infórmenoslo entonces.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

_____ Correo electrónico: _____

Escoja una de estas maneras de enviarnos esta solicitud:

Envíe una copia de esta página por correo al Ohio Department of Job and Family Services, Bureau of State Hearings, P.O. Box 182825, Columbus, Ohio 43218-2825.

○

Envíe sólo este lado de esta página por fax al (614) 728-9574 (ODJFS, Bureau of State Hearings),

○

Envíe un correo electrónico a bsh@odjfs.state.oh.us. Por favor incluya su nombre, dirección, número de caso y díganos por qué está solicitando una audiencia.

○

Llame a la línea de acceso de ODJFS para clientes al 1-866-635-3748 (1-866-ODJFS-4-U) y siga las instrucciones para audiencias estatales. Sólo usted puede llamar.