

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO CLIENTE DE LA COBERTURA DE SALUD DE MEDICAID

El Departamento de Medicaid de Ohio (“ODM”, por sus siglas en inglés) asegura que ninguna de las personas que solicitan participar de cualquiera de los programas o personas que en la actualidad están participando en un programa se le nieguen o demoren los servicios o que se discrimine en su contra de algún otro modo debido a su raza, color, religión, sexo, nacionalidad, incapacidad, edad, condición de veterano de guerra u orientación sexual.

USTED TIENE DERECHO A UNA AUDIENCIA ESTATAL ante ODM si usted no está satisfecho(a) con las medidas o decisiones que se tomaron con respecto a su solicitud. *Cuando el departamento de trabajo y servicios a la familia del condado recibe su solicitud, usted obtendrá un formulario que le indica de qué modo solicitar una audiencia.*

USTED TIENE LA OBLIGACIÓN DE:

REPORTAR INFORMACIÓN CORRECTA Y ACTUALIZADA. Usted tiene la obligación de proporcionar siempre información correcta y completa con respecto a usted misma y a los miembros de su hogar. Junto a su solicitud completada, usted debe incluir toda documentación y verificaciones que la respalden. Usted deberá informar al administrador de su caso del BCCP del condado dentro de un período de 10 días, acerca de todo cambio en cuanto a sus circunstancias, tales como: • la conclusión de su tratamiento de cáncer de mama o de cáncer cervical • Usted se muda a otra dirección • Alguien se muda para vivir con usted o deja de vivir con usted • Los ingresos de alguno de los miembros del hogar cambia • Un miembro del hogar consigue o pierde su trabajo • Un niño abandona la escuela o cumple los 19 años de edad • El final de su embarazo y/o el nacimiento de su(s) hijo(s). Usted también tendrá que reportar si alguien de su hogar (incluyendo a sus hijos) queda incapacitado, no puede trabajar o ha solicitado recibir beneficios por incapacidad (por ejemplo, Incapacidad del Seguro Social, SSI, Compensación para los Trabajadores, beneficios para veteranos de guerra). Usted deberá reportar esta información tan pronto como tome conocimiento de la misma, ya que eso podrá ayudar a que la persona siga siendo elegible para recibir los beneficios de Medicaid.

PROPORCIONAR EVIDENCIA DE SU CONDICIÓN DE CIUDADANO(A) ESTADOUNIDENSE/ DE EXTRANJERO(A). Si usted o los miembros de su familia están solicitando Medicaid, usted debe proporcionarle al ODM la verificación de ciudadanía estadounidense de cada una de las personas para las que está solicitando. Los miembros de la familia que no sean ciudadanos estadounidenses deben proporcionarle al ODM comprobantes de su condición de extranjero, tales como tarjeta de residencia o permiso de re-admisión. Si usted está solicitando recibir Healthy Start [Inicio Saludable] (Medicaid) para un niño pero no para usted, no se requiere que usted proporcione evidencia en cuanto a su propia ciudadanía.

COOPERAR PARA ESTABLECER PATERNIDAD Y APOYO MÉDICO POR PARTE DE TERCEROS. Usted debe prestar su consentimiento para establecer la paternidad (quién es el padre legal) de cada uno de los niños que reciba asistencia de Medicaid, y debe incluir los pagos en concepto de apoyo médico de la orden de manutención de niños.

PROPORCIONARLE A MEDICAID TODO PAGO QUE USTED RECIBA DE PARTE DE OTRO SEGURO DE SALUD: Usted debe informar al ODM acerca de cualquier otra cobertura médica que usted tenga o si algún otro tercero es legalmente responsable del pago de sus facturas médicas o de las de los miembros de su familia. Medicaid no paga las facturas médicas que una compañía de seguro de salud privada está supuesta a pagar. Cuando acepta asistencia de Medicaid, usted debe prestar su consentimiento para otorgarle al ODM su derecho a recibir los pagos médicos de parte de una compañía de seguro médico privada mientras usted tiene Medicaid. Si usted recibe dinero directamente de su compañía de seguro médico para cubrir las facturas médicas que Medicaid ha pagado en representación suya o de cualquier persona por la cual usted sea legalmente responsable, el ODM tiene el derecho de recibir el reembolso de dicho dinero de su parte.

COOPERAR CON LAS REVISIONES DE CONTROL DE CALIDAD. Es posible que se escoja su nombre de una lista de todos los casos elegibles en Ohio para ver si usted en realidad es elegible para recibir asistencia en base a la información que usted le proporcionó al Ministerio de Salud del Estado de Ohio y al ODM. Si su caso resultara escogido, usted deberá cooperar y responder todas las preguntas para poder continuar recibiendo la cobertura médica.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN ACERCA DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA MEDICAID. Usted debe proporcionarle al ODM del condado su Número de Seguro Social (“SSN”, por sus siglas en inglés) o solicitar un SSN para cada persona que esté solicitando cobertura médica. Si usted está solicitando Medicaid para un niño, no se requiere que proporcione su propio SSN pero tiene que tener el SSN del niño para que dicho niño pueda recibir Medicaid. Si está solicitando Medicaid para sí mismo(a), usted debe proporcionar su propio SSN. La agencia utilizará el SSN para verificar los ingresos, elegibilidad y el monto de los pagos en concepto de asistencia médica que haremos en representación suya. Su SSN también podrá compararse con registros de otras agencias, tales como la Administración de Seguro Social. Estas comparaciones podrán realizarse por computadora o de forma individual. Se proporcionará su número de seguro social a las compañías de seguro para verificar la existencia de cobertura que pueda cubrir la totalidad o parte de sus facturas médicas. Su número de seguro social se utilizará durante las revisiones del programa para asegurarse de que usted es elegible para participar de este programa.

FIRMAS:

Yo recibí una copia y he leído todos mis derechos y obligaciones o alguien me los leyó y los comprendo.

Solicitante	Fecha
Representante Autorizado o Persona que le ayudó a completar el formulario	Fecha
Si utiliza una “X”, se necesita la firma de un testigo	Fecha