

NOTIFICACIÓN DE REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD

ES-3820-SPA
Rev. 5-03

Para: \_\_\_\_\_ cc: [ ] Persona Responsable
Dirección: \_\_\_\_\_ Institución de Enfermería / Administrador(a) de Caso HCBS¹
Otros \_\_\_\_\_

Todos los puntos indicados a continuación se refieren a los miembros de su familia:

- 1. Su elegibilidad termina el \_\_\_\_\_ para Cupones de Comida Asistencia de Dinero en Efectivo
Asistencia Médica Cuidado de Niños.

Si desea continuar recibiendo sus beneficios, usted deberá completar la solicitud adjunta y devolverla a más tardar el \_\_\_\_\_.

- 2. Usted deberá presentar su solicitud en: \_\_\_\_\_
Dirección (Calle)
\_\_\_\_\_ Kansas \_\_\_\_\_ Lláme al \_\_\_\_\_ para hacer una cita.
Ciudad Código Postal Teléfono

- 3. Usted deberá además cumplir con una entrevista programada. Usted es responsable de reprogramar cualquier entrevista que haya perdido. Se ha programado una entrevista para usted en la oficina de SRS en \_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Kansas \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_,
Dirección (Calle) Ciudad Código Postal Hora
el día \_\_\_\_\_. Si esto no es conveniente o no puede venir a la oficina para su entrevista, llámenos para
Fecha
acordar una nueva hora al \_\_\_\_\_ o para programar una entrevista telefónica.
Teléfono

- 4. Debido a que usted perdió su entrevista, se le ha programado otra entrevista en la oficina de SRS en \_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Kansas \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_,
Dirección (Calle) Ciudad Código Postal Hora
el día \_\_\_\_\_.
Fecha

- 5. Usted deberá además proporcionar todos los documentos de verificación requeridos, dentro de los 10 días contados a partir de la fecha en que dicha verificación sea solicitada. Por favor proporcione la siguiente información:

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

- 6. Otros: \_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

La presente revisión se realiza conforme a lo estipulado en el Manual de Sustento Económico y Laboral de Kansas, Secciones 1412 y 9700 y sus respectivas sub-secciones.

La presente solicitud será aceptada es tá debidamente firmada y presenta un nombre y una dirección legibles. Sin embargo, debe llenar la solicitud según corresponda para seguir recibiendo sus beneficios. Podemos ayudarle a completar la solicitud adjunta si así lo requiere.

Puede devolver la solicitud por correo, en persona o por medio de un representante autorizado. Si usted o su representante autorizado no puede volver a solicitar personalmente, por favor comuníquese con su Administrador(a) de Caso. Si todos los miembros de su familia reciben los beneficios del plan Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), usted puede solicitar beneficios de cupones de comida acudiendo a una Oficina de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés).

Si no devuelve la solicitud adjunta, no cumple con el trámite de una entrevista (si así se requiere) o no proporciona los documentos de verificación necesarios, puede ocasionar el retraso de sus beneficios o la cancelación de los mismos. Usted tiene derecho a una audiencia justa.

Oficina Local \_\_\_\_\_ Firma/Fecha \_\_\_\_\_

¹ Servicios Básicos de Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en Inglés)

**RIGHT TO REQUEST A FAIR HEARING** You have the right to ask for a fair hearing if you do not agree with a decision made on your case. **For cash and medical programs**, you must request an appeal in writing within 30 days of the date of this notice. If your written request is received prior to the effective date of the adverse action, you may continue receiving benefits at the current level if you request to do so. **For food stamps**, you may ask for a fair hearing in writing, in person, or by calling your SRS office anytime within 90 days of the date of this notice. If your request is received within 10 days of the date of this notice, your benefits may continue at the current level while waiting for the fair hearing. **For any program**, if you request to continue receiving benefits at the current level while awaiting the fair hearing, you may have to pay back any benefits you receive if the fair hearing decision is not in your favor. You may call (785) 296-3349 to find out if your community has a service that can give you free legal advice.

**CIVIL RIGHTS PROVISION** If you feel you have been discriminated against on the basis of age, race, color, sex, sexual orientation, religion, national origin, or political belief in any program or activity of SRS/Healthwave, call 785-296-4687 for information on filing a complaint.

**PENALTY FOR FRAUD** Persons found guilty of intentionally obtaining benefits for which they are not entitled will be barred from receiving assistance in accordance with program guidelines and may also be subject to a fine or imprisonment or both.

**REPORTING CHANGES** You are required to report changes to SRS. We will tell you which changes you are required to report. If you have questions about your reporting requirements, please contact your worker.

**HEALTH INSURANCE** You must report to SRS/Healthwave all changes in your health insurance coverage, health insurance coverage available through your employer, and insurance settlements due to accident or injury. You must notify your medical providers of all health insurance, including Medicaid, at the time of treatment.

TOLL FREE NUMBERS:	HealthWave/Family Medical	1-800-792-4884
	All other SRS services	1-888-369-4777

**DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL** Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con una decisión tomada en su caso. **Para los programas médicos y de dinero en efectivo**, debe solicitar por escrito una apelación dentro de los 30 días posteriores a la fecha del presente aviso. Si su solicitud por escrito es recibida antes de la fecha efectiva de la acción adversa, si así lo requiere puede continuar recibiendo beneficios al nivel actual. **Para cupones de alimentos**, puede solicitar una audiencia imparcial por escrito, en persona o llamando a su oficina de SRS en cualquier momento dentro de los 90 días posteriores a la fecha del presente aviso. Si se recibe su solicitud dentro de los 10 días posteriores a la fecha del presente aviso, sus beneficios pueden continuar en el nivel actual mientras espera la realización de la audiencia imparcial. **Para cualquier programa**, si solicita continuar recibiendo beneficios al nivel actual mientras espera la realización de la audiencia imparcial, puede que deba devolver los beneficios recibidos en caso de que la decisión de la audiencia imparcial no le resulte favorable. Puede llamar al (785) 296-3349 para averiguar si su comunidad cuenta con un servicio que pueda proveerle asesoramiento legal gratuito.

**CLÁUSULA DE DERECHOS CIVILES** Si considera que ha sido discriminado/a por causa de su edad, raza, color, sexo, orientación sexual, religión, nacionalidad o creencias políticas en cualquiera de los programas o actividades de SRS/Healthwave, llame al 785-296-4687 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

**PENALIDADES POR FRAUDE** Las personas culpables de obtener de forma intencional beneficios a los cuales no tienen derecho quedarán excluidas de recibir asistencia, de conformidad con los lineamientos del programa; podrán también ser condenadas al pago de multas, prisión o ambas.

**INFORMACIÓN DE CAMBIOS** Deberá informar los cambios a SRS. Le informaremos cuáles son los cambios que debe informar. Si tiene alguna consulta respecto a los requisitos de información, póngase en contacto con su trabajador(a) de caso.

**SEGURO DE SALUD** Deberá informar a SRS/Healthwave todo cambio en su cobertura de seguro de salud, en la cobertura de seguro disponible a través de su empleador, y todo pago de seguro debido a un accidente o lesión. En el momento del tratamiento, deberá notificar a sus proveedores de servicios médicos todo seguro de salud, incluido Medicaid.

NÚMEROS PARA LLAMADA GRATUITA:	Health Wave /Family Medical	1-800-792-4884
	Demás servicios SRS	1-888-369-4777