

**FOSTER CARE, ADOPTION, AND GUARDIANSHIP MEDICAID REVIEW
(REVISIÓN DE MEDICAID PARA CRIANZA TEMPORAL, ADOPCIÓN Y TUTELA LEGAL)**

**PRESENTE ESTE FORMULARIO PARA RECIBIR COBERTURA CONTINUA
INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE REVISIÓN**

Le enviamos este formulario de revisión para cumplir con uno de los requisitos del programa de Medicaid. Es importante que lo complete y lo presente antes de la fecha que figura en el mismo. El formulario debe ser firmado por el padre adoptivo, el tutor legal o por el menor en el programa de vida independiente supervisada, según corresponda. Un asistente de mantenimiento del ingreso de Department of Human Services podría comunicarse con usted. Para tramitar la revisión, dicho asistente podría solicitarle comprobantes adicionales o los datos que necesite, entre ellos, información sobre las personas que colaborarán para pagar la atención médica.

Si no presenta el formulario o no coopera con el proceso de revisión, los pagos por servicios médicos podrían ser interrumpidos. Por lo tanto, le solicitamos su colaboración durante el proceso de revisión. Si desea hacer preguntas, le agradeceremos que se comunique con su asistente de servicios.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS

Menor en adopción, crianza temporal o tutela legal subvencionada y sus hermanos en el mismo hogar sustituto: Indique el nombre del menor bajo revisión y el nombre de todos sus hermanos que se encuentren en el mismo hogar sustituto. No incluya a los hermanos que vivan en otros sitios. Complete un solo formulario de revisión para el grupo de hermanos.

Condición de alumno: Marque con ✓ si el/la menor es estudiante de tiempo completo o parcial.

Escuela y grado: Indique el nombre de la escuela y el grado al que asisten el/la menor y sus hermanos.

Nombre y domicilio del empleador: Indique el nombre y el domicilio del empleador de cada uno de los menores bajo revisión. Si no están empleados, indique "No corresponde". Debe presentar el/los comprobante(s) de ingresos laborales del menor correspondiente(s) al corriente mes.

Ingresos: Indique todos los ingresos no laborales que los menores reciben o califican para recibir. Esto significa todos los ingresos no derivados de su trabajo que pueden ser asignados al Departamento, como así también el dinero recibido de parientes y de otras fuentes mencionadas. Indique el monto si lo conoce; de lo contrario, marque cada uno de los ítems que reciben o les corresponde recibir. (Ingresos no laborales son, por ejemplo, los beneficios de Social Security o intereses).

Recursos del menor en adopción, crianza temporal o tutela legal subsidiada y sus hermanos en el mismo hogar sustituto: Indique el tipo de recursos que el/la menor posee y la ubicación de los mismos. En caso de no haber recursos, indique "no."

Vehículos: Indique si el/la menor es propietario de un vehículo y, en caso afirmativo, ingrese información sobre el mismo.

Seguro médico del menor y los hermanos mencionados: Indique si el/la menor y sus hermanos en el mismo hogar sustituto tienen seguro médico. También ingrese el nombre de titular de la póliza y el nombre de la compañía. De ser posible, indique el número de póliza. Los padres recibirán un formulario más exhaustivo que deberán completar si la póliza ha cambiado.

Domicilio de los padres: Indique el nombre y domicilio de los padres biológicos de los menores en crianza temporal y tutela legal subvencionada, y el nombre y domicilio de los padres adoptivos del menor adoptado. Si los hermanos de los menores en crianza temporal o tutela legal subvencionada tienen diferentes padres, identifique a cada menor en relación con sus padres.

Información para IV-E: Para menores en crianza temporal con forma de vida independiente supervisada, conteste "sí" o "no" a la pregunta sobre la finalización de la educación escolar a los 19 años. **Debe completar toda la sección en el caso de menores en crianza temporal en hogares de familia y guarderías.**

Cambios previstos: Informe todos los cambios que prevea para el futuro del menor, particularmente dentro de los próximos seis meses. Puede incluir los cambios previstos con respecto a cualquiera de los ítems enumerados en este formulario. También indique si la menor está embarazada.

Firma y fecha: El/La menor con forma de vida independiente supervisada, o bien su padre adoptivo o su tutor legal subvencionado, debe firmar este formulario indicando que la información aportada es verdadera, correcta y completa.

Foster Care, Adoption, and Guardianship Medicaid Review
(Revisión de Medicaid Para Crianza Temporal, Adopción y Tutela Legal)

		Mes de Revisión	Fecha de Entrega de de
Asistente Social	Condado N°	Caso IABC N°	Asistente de Revisión Médica

Menor en Adopción, Crianza Temporal o Tutela Legal Subvencionada y Hermanos en el mismo Hogar Sustituto
Si necesita más espacio, escriba en una hoja aparte y adjúntela.

	Menor	Hermano 1	Hermano 2	Hermano 3
Nombre del Menor				
N° de DNI Estatal				
¿Es estudiante?	Si lo es <input type="checkbox"/> Tiempo Compl. <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	Si lo es <input type="checkbox"/> Tiempo Compl. <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	Si lo es <input type="checkbox"/> Tiempo Compl. <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	Si lo es <input type="checkbox"/> Tiempo Compl. <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
Nombre de la Escuela y Grado				

Ingresos. Solamente los ingresos del menor.

	Si lo es <input type="checkbox"/> Tiempo Compl. <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	Si lo es <input type="checkbox"/> Tiempo Compl. <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	Si lo es <input type="checkbox"/> Tiempo Compl. <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	Si lo es <input type="checkbox"/> Tiempo Compl. <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
¿Es empleado?				
Nombre y domicilio del Empleador (adjunte comprobante(s) de ingresos)				
Beneficios de Social Security	\$	\$	\$	\$
SSI (Seguro de Ingresos)	\$	\$	\$	\$
Manutención de Menores	\$	\$	\$	\$
Asignación Militar	\$	\$	\$	\$
Parientes/Amigos	\$	\$	\$	\$
Intereses	\$	\$	\$	\$
Otros ingresos	\$	\$	\$	\$

Recursos del Menor en Crianza Temporal, Adopción o Tutela Legal Subvencionada y Hermanos mencionados
Si necesita más espacio, escriba en una hoja aparte y adjúntela.

	Monto	Lugar	Nombre(s) de Titular(es)
Cuenta de cheques <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Acciones y Bonos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fondo Fiduciario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Depósito en custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

	Marca/Año	Valor de Mercado	Monto adeudado	¿A nombre de quién está?
Automóvil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Camión/Motocicleta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Seguro Médico del Menor y los Hermanos mencionados

Sí No

Personas Cubiertas	Titular de la Póliza	Póliza N°	Nombre de la Compañía de Seguros

Indique los nombres de los menores:	Menor	Hermano 1	Hermano 2	Hermano 3
-------------------------------------	-------	-----------	-----------	-----------

Domicilio de los Padres

Indique el nombre y la dirección de la madre del menor				
Indique el nombre y la dirección del padre del menor				

Información para IV-E (Complete esta sección para casos de crianza temporal solamente)

¿Es DHS responsable de la colocación y los cuidados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Menor en colocación voluntaria por más de 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Finalizará la escuela a los 19 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cesaron los derechos paternos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha del último RE2 (adjunte la orden judicial)	de de	de de	de de	de de
¿Uno o ambos padres están incapacitados o fallecieron?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si ambos padres viven en el hogar, ¿alguno de los dos tiene empleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Cambios previstos (Asistente Social/Juzgado de Menores)		Determinación de Elegibilidad Continua (Asistente de IM)	
Firma del Asistente Social/JCO	Fecha de de	Firma del Asistente de IM	Fecha de de

Derecho de Apelación

Si no se siente satisfecho debido a una acción u omisión con respecto a su solicitud de Medicaid, tiene derecho a solicitar una apelación. Debe solicitar una audiencia por escrito. Envíe o lleve su apelación a la oficina de Department of Human Services (DHS) de su condado o envíela directamente a: Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. También puede radicar la apelación por Internet, en: <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>.

Puede presentar su apelación personalmente durante la audiencia o bien solicitarle a otra persona que lo haga por usted. Si lo desea, un abogado puede representarlo durante la audiencia. Sin embargo, no existe ninguna disposición por la cual el Departamento deba hacerse cargo de los honorarios de su abogado. Comuníquese con su asistente de servicios para obtener más información sobre los servicios jurídicos disponibles en su zona.

Se celebrará una audiencia con respecto a Medicaid si envía la solicitud en un plazo de 30 días corridos a partir de la fecha de notificación. Si la solicitud de audiencia se presenta pasados 30 días corridos pero antes de transcurridos 90 días corridos de la fecha de la notificación, el Director de Iowa Department of Human Services deberá autorizar la audiencia. Este plazo no será prolongado aunque existan controversias entre usted y la oficina del condado.

Política con respecto a Discriminación, Acoso, Acción Afirmativa e Igualdad de Oportunidades Laborales

Es política de Iowa Department of Human Services (DHS) ofrecer trato igualitario en cuanto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin distinción de raza, color, país de origen, sexo, religión, edad, discapacidad, ideología política o condición de veterano.

Si considera que ha sido víctima de discriminación o acoso por parte del DHS, puede enviar una carta presentando su queja a: Iowa Department of Human Services, Administrator, Diversity Program Unit, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; teléfono (800) 972-2017; fax (515) 281-4243.

Copia para el solicitante: Si lo solicita, Department of Human Services le facilitará una copia de este formulario con todos los datos completos.

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Entiendo que asumo total responsabilidad por la veracidad de las declaraciones incluidas en este formulario. Entiendo que Department of Human Services utilizará esta declaración para volver a determinar la elegibilidad para Medicaid.

Comprendo que el caso de este menor puede ser seleccionado por el Departamento para llevar a cabo una revisión completa de control de calidad u otro tipo de revisión para determinar su elegibilidad para Medicaid. Si este caso fuera seleccionado, me comprometo a cooperar totalmente para la correspondiente verificación.

Sé que debo notificar al personal encargado de la elegibilidad para Medicaid en el condado sobre cualquier cambio relacionado con los ingresos, bienes o circunstancias de vida del menor. Informaré dichos cambios a la oficina del condado dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que éstos ocurran.

Entiendo que el número de Social Security del menor será utilizado en la gestión del programa Medicaid para verificar su identidad, evitar que se duplique la participación y realizar cambios masivos. El número de Social Security será utilizado para comparar datos electrónicamente con Iowa Workforce Department, Internal Revenue y Social Security Administration, así como en otras revisiones y auditorías para confirmar que el/la menor es elegible para recibir las prestaciones de Department of Human Services. El número de Social Security también será facilitado a Internal Revenue Service para verificar su elegibilidad, como así también a otros estados para determinar si el/la menor recibe beneficios de algún otro estado. La información obtenida de estas comparaciones electrónicas puede dar lugar a acciones penales, civiles o administrativas contra aquellas personas que reciben beneficios de manera fraudulenta.

Entiendo que los pagos asistenciales determinados y destinados a gastos médicos serán asignados al Departamento y deberán ser pagados al mismo en la medida de las prestaciones médicas recibidas.

Entiendo que el Departamento puede intervenir, en representación de un menor que se encuentre en crianza temporal, para establecer la paternidad y obtener asistencia médica para el mismo y garantizarle dicha asistencia conforme a los capítulos: 232, 234, 252A, 252B, 252C, 252D, 598 y 600B del Código de Iowa, entre otros.

Entiendo que por ley el Departamento no necesita mi consentimiento para que se le reintegren los pagos de Medicaid realizados en nombre del menor. El Departamento puede intervenir en representación del menor para presentar una demanda contra cualquier persona o parte que sea responsable del pago de gastos médicos.

Entiendo, además, que el Departamento presentará documentos o formularios de reclamo que detallen los servicios pagados por Medicaid a solicitud del menor o bien a solicitud de un abogado que actúe en representación del menor. Dichos documentos también podrán ser facilitados a un tercero cuando sea necesario establecer el alcance del reclamo del Departamento.

Entiendo que las leyes y normas federales y estatales permiten el acceso de funcionarios federales y estatales autorizados a los registros de los proveedores de Medicaid. También entiendo que al aceptar los servicios de Medicaid para este menor doy mi consentimiento para que dichas personas autorizadas puedan acceder tanto a los registros médicos como a otros registros relacionados con el cuidado de la salud durante el periodo en que el/la menor sea elegible para recibir Medicaid. Si mi hijo/a fuera inscripto/a en un plan médico administrado, doy mi consentimiento para la divulgación de datos médicos, inclusive datos con respecto a su salud mental, a HMO o PHP (Sociedades Médicas), a otros proveedores de cuidado administrado o a la entidad administrativa autorizada contratada por el prestador de cuidado administrado para determinar la aptitud, calidad o aprovechamiento de los servicios que mi hijo/a recibió mientras estuvo inscripto/a en el plan médico administrado.

Tengo conocimiento de que el Artículo 1128B de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) contempla penas de alcance federal para actos dolosos y declaraciones falsas. Tengo conocimiento de que las leyes del estado de Iowa estipulan que toda persona que obtenga o intente obtener o bien ayude o instigue a otra persona a obtener asistencia pública para la cual no esté autorizada es considerada culpable de violar las disposiciones del Código de Iowa, Capítulo 294A.

Entiendo que debo presentar pruebas al Departamento, ya sea documentación del INS o bien otros documentos que el Departamento considere como evidencia, de la condición de inmigrante del menor en crianza temporal o adopción subvencionada si el/la mismo/a no posee ciudadanía ni nacionalidad norteamericana. Entiendo que la condición de extranjero puede estar sujeta a verificación por parte del INS, por lo cual será necesario presentar ante el INS información específica incluida en este formulario.

COMPRENDO LA INFORMACIÓN EXPUESTA POR MÍ EN EL PRESENTE FORMULARIO. A MI ENTENDER, LO EXPUESTO ES VERDADERO, PRECISO Y COMPLETO. CERTIFICO bajo pena de cometer perjurio, mediante mi firma, que poseo ciudadanía o nacionalidad norteamericana, o que la información que he proporcionado acerca de mi estado de inmigración es correcta. Los miembros adultos del grupo familiar deben firmar la declaración en representación de los menores a su cargo.

Firma o marca del solicitante o beneficiario (o tutor legal)	Fecha de de
Firma o marca del otro miembro (padre/madre) del grupo familiar	Fecha de de