

**Medicaid/hawk-i Review  
(Revisión de Medicaid/hawk-i)**

ESCRIBA CON TINTA AZUL O NEGRA.

IOWA DEPT. OF HUMAN SERVICES

Fecha límite de entrega	Caso N°.	Condado N°.	Nombre del asistente
Dirección de correo electrónico	Teléfono	Modo de contacto preferido	

Ha llegado el momento de revisar su caso. Por favor, complete este formulario y envíelo al domicilio indicado arriba, antes de la fecha límite de entrega. Estos datos serán utilizados para decidir si continuará recibiendo servicios de Medicaid/hawk-i.

**¿Qué hago con este formulario?**

- Debe:
- Completar este formulario.
  - Firmarlo y escribir la fecha en la página 6.
  - Envíenos el formulario al domicilio indicado anteriormente, antes del
  - Use una hoja extra si necesita más espacio para sus respuestas.

**¿Y si tengo dudas?**

Llame a su asistente al . Aceptaremos llamadas por cobrar.

**Integrantes del grupo familiar**

Estas personas reciben beneficios con usted o son contabilizadas para calcular sus beneficios. Complete los datos faltantes en el siguiente cuadro. *Tache los datos que no sean correctos sobre los integrantes de su grupo familiar. Escriba los datos correctos.*

Nombre/Ident. Estatal o CIN	Fecha de Nac.	Nº. de Social Security	¿Parentesco con usted?	Género Masc./Fem	¿Reside en Iowa? Sí/No	¿Ciudadano de Estados Unidos? Sí/No	¿Condición inmigratoria elegible? Sí/No (Si respondió que sí, indique tipo y Nº. del documento de identidad)

¿Tiene problemas de salud (físicos, mentales o emocionales) que le causen limitaciones en sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas del hogar, etc.) o vive en una institución médica o un geriátrico?  Sí  No

¿Alguna de las mujeres de su grupo familiar está embarazada?  Sí  No

Si respondió Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha de parto \_\_\_\_\_ Cantidad de bebés esperados \_\_\_\_\_

¿Hay personas viviendo en su hogar que no figuran en la página 1?  Sí  No  
Si respondió que sí, complete los siguientes datos.

¿Alguien se mudó a su hogar o se fue de su hogar?  Sí  No  
Si respondió que sí, complete los siguientes datos.

Nombre	Nº. de Social Security	Fecha de Nac.	Parentesco con usted	Fecha en que se mudó a su hogar	Fecha en que se fue de su hogar	¿Ciudadano de U.S.? Sí/No	¿Condición inmigratoria elegible? Sí/No (Si respondió que sí, indique tipo y Nº. del documento de identidad)	¿Solicita beneficios? Sí/No

Si usted se ha mudado, indique su nuevo domicilio.

Dirección residencial	Ciudad, Estado y Código Postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad, Estado y Código Postal

Si alguien está en las fuerzas armadas, es veterano o cónyuge de un veterano de guerra, indique quién y qué son.

\_\_\_\_\_

¿Algún integrante del grupo familiar estuvo en un hogar sustituto cuando tenía 18 años o más?

Indique sus nombres aquí: \_\_\_\_\_

Confirmando que ninguna de las personas para las que se solicita asistencia médica en este formulario se encuentra en prisión (detenida o presa).

De lo contrario, la persona que se encuentra en prisión se llama: \_\_\_\_\_

**Miembros de la familia que son aborígenes estadounidenses o nativos de Alaska (AI/AN)**

¿Usted o alguien de su familia es aborigen estadounidense o nativo de Alaska?  Sí  No  
Si respondió sí, complete los siguientes datos. Si respondió no, omita esta sección y continúe en la siguiente.

**AI/AN Persona 1:**

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

\_\_\_\_\_

**AI/AN Persona 2:**

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

\_\_\_\_\_

**AI/AN Persona 1:**

Sí  No ¿Es miembro de tribu reconocida a nivel federal? **Si respondió que sí,** nombre de la tribu: \_\_\_\_\_

**AI/AN Persona 2:**

Sí  No

Sí  No ¿Alguna vez obtuvo servicios del Indian Health Service, de un programa médico tribal, o de un programa médico urbano para aborígenes, o a través de remisiones hechas por estos programas?

Sí  No

Sí  No **Si respondió no,** ¿califica para obtener alguno de dichos servicios?

Sí  No

\$ \_\_\_\_\_ Ciertos ingresos no pueden ser contabilizados para Medicaid o Healthy and Well Kids in Iowa (**hawk-i**). Indique todos los ingresos (monto y frecuencia) informados en su solicitud que incluyan dinero de las siguientes fuentes:

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?

- Pagos per cápita de una tribu, provenientes de recursos naturales, derecho de uso, alquileres o regalías.
- Pagos realizados por el Departamento del Interior y provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, alquileres o regalías de tierras designadas como fideicomisos (incluso reservas y antiguas reservas).
- Dinero proveniente de la venta de artículos con valor cultural.

## Información impositiva

Necesitamos información sobre las personas que presentan declaraciones impositivas. *Puede renovar su solicitud aunque no presente declaraciones impositivas.* Debe decirnos quienes presentan declaraciones impositivas de ingresos a nivel federal. Si deja esta sección en blanco, asumiremos que nadie lo hace. *Fotocopie esta página si necesita más espacio para incluir a otros contribuyentes.*

### ¿Va a presentar la declaración impositiva de ingresos EL PRÓXIMO AÑO?

Sí Si respondió **sí**, conteste todas las siguientes preguntas.  No Si respondió **no**, conteste las preguntas marcadas con una estrella ☆.

	Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	Si esta persona presentará una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge:	Si declarará personas dependientes, escriba los nombres de los dependientes:
Persona 1			
Persona 2			
Persona 3			
Persona 4			

Si alguien será declarado como dependiente en la declaración impositiva de otra persona, escriba el nombre del contribuyente y de las personas dependientes. Responda sólo si la información es diferente a la indicada anteriormente o si no completó nada en las preguntas anteriores.

Nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_

Nombre de las personas dependientes: \_\_\_\_\_

## Infórmenos sobre el trabajo

Debe informarnos sobre todo el dinero que reciben las personas de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre **todos los empleos**. Puede informar sobre **empleos autónomos o por cuenta propia** en la siguiente página. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no reciben dinero de ese tipo. Use una hoja adicional si es necesario. Si tienen comprobantes de ingresos (recibos de sueldo, declaraciones del empleador, declaraciones impositivas, etc.), puede enviarlos con este formulario. Eso podría agilizar el procesamiento de la revisión. *Fotocopie esta página si necesita más espacio para incluir más empleos o más personas. Tache los datos que no sean correctos sobre los integrantes de su grupo familiar. Escriba los datos correctos o los datos que falten.*

### Empleo 1

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio del empleador		Ciudad	Estado
			Código postal
¿Cuánto cobra esta persona por período de pago (antes de descontar impuestos)? \$	¿Con qué frecuencia le pagan el sueldo o las propinas? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Anualmente		Promedio de horas trabajadas por semana:

### Empleo 2

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio del empleador		Ciudad	Estado
			Código postal
¿Cuánto cobra esta persona por período de pago (antes de descontar impuestos)? \$	¿Con qué frecuencia le pagan el sueldo o las propinas? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Anualmente		Promedio de horas trabajadas por semana:

### Empleo 3

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio del empleador		Ciudad	Estado
			Código postal
¿Cuánto cobra esta persona por período de pago (antes de descontar impuestos)? \$	¿Con qué frecuencia le pagan el sueldo o las propinas? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Anualmente		Promedio de horas trabajadas por semana:

## Empleo 4

Nombre de la persona que está trabajando (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)			
Nombre del empleador		Teléfono del empleador	
Domicilio del empleador		Ciudad	Estado
		Código postal	
¿Cuánto cobra esta persona por período de pago (antes de descontar impuestos)? \$	¿Con qué frecuencia le pagan el sueldo o las propinas? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Anualmente		Promedio de horas trabajadas por semana:

¿El monto del dinero proveniente de sus empleos permanecerá más o menos igual?     Sí     No

Si respondió no, explique \_\_\_\_\_

¿Alguien ha sido contratado para un empleo pero aún no ha cobrado?     Sí     No

Si respondió sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_

En los últimos tres meses,     ¿cambió de empleo?     ¿dejó de trabajar?  
 ¿comenzó a trabajar menos horas?     Ninguno de los anteriores

## Empleo autónomo o por cuenta propia

Si alguno de los integrantes de su grupo familiar trabaja por cuenta propia, necesitamos saber sobre sus trabajos. *Lea las instrucciones con más información sobre las deducciones o retenciones.*

	Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	Tipo de trabajo:	¿Cuál es el ingreso neto que obtuvo este mes por empleo autónomo?
Persona 1			Importe \$
Persona 2			Importe \$

➤ Reste los gastos indicados debajo de su ingreso bruto para obtener el importe neto de ingresos por empleo autónomo.

- Gastos de autos o camionetas (por traslados durante la jornada laboral, que no sean para ir y regresar de su casa al trabajo)
- Depreciación
- Sueldo de empleados y beneficios adicionales
- Seguros de bienes, responsabilidad a terceros o pérdidas por interrupción comercial
- Intereses (incluye hipotecas pagadas a un banco, etc.)
- Servicios legales y profesionales
- Alquiler o arrendamiento del local o servicios públicos
- Comisiones, licencias, impuestos y honorarios
- Propaganda
- Trabajos contratados
- Reparaciones y mantenimiento
- Determinados viajes y comidas empresariales
- Impuestos deducibles para autónomos
- Costo del seguro médico para autónomos
- Contribuciones a SEP, SIMPLE, o planes de retiro calificado para empleados independientes

## Infórmenos sobre otros ingresos

Tache los datos que **no sean correctos** sobre los integrantes de su grupo familiar. Escriba los datos correctos. *Fotocopie esta página si necesita más espacio para agregar otros tipos de ingresos.*

### Desempleo

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____

### Social Security

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____

Informe sobre otros tipos de ingresos, como pensiones, jubilaciones, pensión alimenticia recibida, agricultura o pesca, ingresos por alquileres o regalías, etc.

**Otro tipo de ingresos** \_\_\_\_\_

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____

**Otro tipo de ingresos** \_\_\_\_\_

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____

**Deducciones o retenciones**

Si a alguna de las personas de su grupo familiar le realizan **deducciones o retenciones**, como pensión alimenticia, intereses por préstamos estudiantiles, etc., infórmenos de qué tipo. **No** debe incluir los costos que ya consideró en su respuesta para calcular el importe neto por empleo autónomo.

**Pensión alimenticia pagada a otra persona**

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____

**Intereses pagados por préstamos estudiantiles**

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____

**Otras deducciones o retenciones**

Nombre (primero y segundo nombre, apellido y sufijo)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
	\$	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Semana por medio <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otra _____

**Seguro médico**

Infórmenos sobre las **otras** coberturas de seguro médico que su grupo familiar tiene.

¿Alguien está inscripto en una cobertura médica actualmente?     Sí     No

Si respondió sí, marque la cobertura médica.     Medicaid     **hawk-i**     Medicare     Tricare

Veteranos     Cuerpos de Paz     Plan médico para jubilados     COBRA

Seguro del empleador    Nombre del seguro médico \_\_\_\_\_    Número de póliza \_\_\_\_\_

Privado/otro \_\_\_\_\_

**Coberturas médicas de empleos**

Complete esta sección si alguna de las personas que figuran en este formulario califica para cobertura médica a través de su empleo, aunque no esté inscripta actualmente. Infórmenos sobre el empleo que ofrece cobertura.

**Datos del empleado.** El empleado debe completar esta sección.

Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Nº. de Social Security
---	------------------------

**Datos del empleador.** Pídale estos datos a su empleador.

Nombre del empleador	Nº. de identificación del empleador (EIN)	
Domicilio del empleador (Marketplace enviará notificaciones a este domicilio)	Teléfono del empleador	
Ciudad	Estado	Código postal
¿Con quién podemos comunicarnos para averiguar sobre la cobertura médica laboral de este empleado?		
Teléfono (si es diferente al anterior)	Dirección de correo electrónico	

Sí  No ¿Califica actualmente para la cobertura que ofrece este empleador o será elegible en los próximos tres meses?

**Si respondió sí**, complete los siguientes datos. **Si no**, continúe en la sección **Cambios esperados**.

Si está en el período de espera o de prueba, ¿cuándo podrá inscribirse en la cobertura?

Indique los nombres de todas las personas que califiquen para cobertura a través de este empleo.

**Plan médico.** Infórmenos sobre el **plan médico** que ofrece este empleador.

Sí  No ¿El plan médico ofrecido por el empleador cubre al cónyuge o a los dependientes del empleado?  
Si respondió que sí, ¿a quién cubre?  Cónyuge  Dependientes

Sí  No Un plan médico laboral cumple con "la norma de valor mínimo" si la proporción cubierta por el plan no es inferior al 60% del costo total de los beneficios permitidos. ¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con la norma de valor mínimo?

Sí  No ¿El plan de menor costo que cumple con "la norma de valor mínimo" ofrece un programa de salud **para el empleado únicamente**? (No incluya planes familiares.)

**Si respondió sí**, ¿cuánto tendría que pagar en primas después de recibir el descuento máximo por programas para dejar de fumar? (No reste los otros descuentos del programa.)  
\$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada dos semanas  Dos veces por mes  
 Trimestralmente  Anualmente

**Cambios del empleador.** ¿Qué cambios introducirá el empleador para el próximo plan anual (si sabe)?

El empleador no ofrecerá cobertura médica

El empleador ofrecerá cobertura para los empleados o modificará la prima del plan de menor costo disponible para empleados que cumplan con la norma de valor mínimo. (La prima debe reflejar el descuento para programas de salud.)

¿Cuánto tendrá que pagar el empleado por las primas de ese plan? \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada dos semanas  Dos veces por mes  
 Trimestralmente  Anualmente

Fecha del cambio: \_\_\_\_\_

### Cambios esperados

Infórmenos si ha habido cambios o si podría haber cambios. Ejemplos:

- Personas en el grupo familiar
- Seguro médico
- Embarazo (indique la fecha de parto)
- Condición impositiva
- Divorcio o casamiento
- Terminación de embarazo
- Empleo
- Domicilio
- Otros

Explique qué y cuándo \_\_\_\_\_

### Renovación de la cobertura en los años sucesivos

Lea la siguiente declaración y marque **una** casilla.

Con el fin de facilitar la verificación de mis ingresos para la revisión, autorizo a Department of Human Services a utilizar los datos que figuran en mis declaraciones impositivas por la cantidad de años que he marcado a continuación.

Entiendo que Department of Human Services me enviará una carta con los datos que tienen sobre mis ingresos. Podré modificarlos. Además, podré cambiar de opinión y no permitir que Department of Human Services verifique dichos datos.

Sí, doy mi autorización para verificar mis ingresos en las declaraciones impositivas por (marcar una casilla):

5 años (tiempo máximo)  4 años  3 años  2 años  1 año

No, no doy mi autorización para utilizar mis declaraciones impositivas.

### Lea y firme este formulario de solicitud

Su firma o marca	Teléfono	Fecha de hoy
Firma de la persona que ayudó a completar el formulario, si corresponde	Teléfono	Fecha de hoy

## Conserve esta página para su información.

### Sus derechos y obligaciones

- Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de cometer perjurio y dar falso testimonio que mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, inclusive los datos provistos sobre la ciudadanía y la condición migratoria de cada uno de los integrantes de mi grupo familiar para los que solicito beneficios.
- Al firmar este formulario, autorizo a DHS a compartir sus registros médicos y otros documentos con funcionarios federales y estatales.
- Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede ejecutarse de la misma manera que una firma escrita.
- Es de mi conocimiento que los datos que figuran en este formulario serán utilizados sólo para determinar mi elegibilidad para asistencia médica y que los mismos tendrán carácter confidencial como lo exige la ley.
- Entiendo que en el caso de recibir Medicaid, el Departamento iniciará el reclamo de ayuda económica sin fines médicos para mí y mis hijos si así lo solicito. Los servicios de ayuda económica para tratamiento médico incluyen el establecimiento de la paternidad y el establecimiento y la ejecución de ayuda económica para tratamiento médico.
- Entiendo las preguntas y los enunciados que figuran en este formulario.
- Entiendo que toda la información que he dado, inclusive los datos sobre beneficios e ingresos, serán cotejados con los datos de registros municipales, estatales y federales, como empleadores, el servicios de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos (USCIS), la Administración de Social Security, agencias impositivas, de bienestar social y desempleo, etc. y entiendo que la información recibida podría afectar mi elegibilidad para beneficios.
- Entiendo que los datos que he dado en este formulario, incluso los datos sobre beneficios e ingresos, están sujetos a investigación y revisión por personal federal, estatal y del condado, y que en el caso de haber provisto información incorrecta, mis beneficios serán denegados o suspendidos.
- Es de mi conocimiento que conforme a las leyes federales, se prohíbe cualquier tipo de discriminación con respecto a raza, color, país de origen, sexo y discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Confirmando que ninguna de las personas para las que se solicita asistencia médica en este formulario se encuentra en prisión (detenido o preso).
- Es de mi conocimiento que otra persona puede actuar como mi representante durante el proceso. Entiendo que me explicarán sobre mi elegibilidad y otros datos importantes. Entiendo que un cambio en mi condición podría afectar la elegibilidad de los integrantes de mi grupo familiar.
- Puedo apelar la resolución de Health Insurance Marketplace o Medicaid/*hawk-i* en el caso de considerar que se ha cometido un error. Apelar significa decirle a alguien del seguro médico Marketplace o de Medicaid/*hawk-i* que creo que la resolución tomada es errónea y solicitar que la misma sea revisada de manera imparcial. Es de mi conocimiento que el procedimiento para apelar se encuentra en la página 8, en la sección Apelaciones.

### ¿Qué hago con este formulario ahora?

Después de completar el formulario, envíelo en el sobre que se adjunta. Envíelo por correo al domicilio impreso en la página 1. Dicho domicilio está debajo de su dirección postal. También puede traer el formulario personalmente a la oficina.

### Información sobre los números de Social Security

Podemos ayudar sólo a aquellas personas que nos dan sus números de Social Security o el comprobante de solicitud expedido por la oficina de Social Security. **No tiene obligación de informarnos los números de Social Security de las personas de su grupo familiar que no solicitan asistencia, pero puede hacerlo si lo desea.** No obstante, tenga en cuenta que utilizaremos todos los números de Social Security del mismo modo que utilizamos los de aquellas personas que reciben asistencia.

Les denegaremos asistencia a aquellas personas de su grupo familiar que no nos informen sus números de Social Security. Existen algunas excepciones a esta regla. Por favor, pregúntele a su asistente.

No le entregaremos ningún número de Social Security al Servicio de Ciudadanía e Inmigración.

## Conserve esta página para su información.

### Medicaid

#### Verificamos lo que nos informa

La información provista será verificada por funcionarios federales, estatales y locales para constatar que es verdadera. Podríamos verificar: el número de Social Security, empleo y sueldo, saldo en cuentas bancarias, condición inmigratoria y dinero recibido de otras fuentes, como Social Security y seguro de desempleo, de cada una de las personas que figuren en la solicitud. Rechazaremos su solicitud si los datos presentados no son correctos.

Podemos revisar los registros de otros estados para ver si alguno de los integrantes de su grupo familiar puede recibir beneficios en Iowa. Esto podría ser debido a la inhabilitación de una persona en un programa de otro estado.

La verificación se realiza utilizando sistemas informáticos como el sistema estatal *Income and Eligibility Verification System* y el sistema federal *Federal Facilitated Exchange*, que incluye *Internal Revenue Service (IRS)*, *Social Security Administration (SSA)* y *Department of Homeland Security (DHS)*. En el caso de encontrar diferencias entre lo que nos informó y los registros del sistema informático, trataremos de averiguar cuáles son los datos correctos. Para verificar su información, podríamos comunicarnos con su empleador, su banco y otras personas. Le preguntaremos a usted primero, antes de verificar los datos con su empleador, su banco y otras personas.

#### Cosas que debe saber

- Deberá presentar la solicitud para otros beneficios a los que tenga derecho y deberá aceptarlos.
- Deberá entregarnos información y presentar comprobantes cuando los solicitemos.
- Deberá completar los formularios de revisión cuando sean solicitados.
- DHS podrá entregarle sus respuestas a los funcionarios encargados del orden público con el fin de capturar a aquellas personas que estén prófugas para evadir la ley.
- La unidad de Control de Calidad y la unidad de Investigaciones podrán revisar su caso. Podrían comunicarse con otras personas u organizaciones para conseguir la verificación de sus datos. Al firmar este formulario, nos da autorización para divulgar información confidencial a las unidades de Control de Calidad y de Investigaciones. Debe cooperar con ellos para conservar sus beneficios.
- Deberá reintegrar los beneficios que reciba o que sean pagados a terceros si no calificaba para recibirlos.
- La sección 1128B de la Ley de Social Security dispone sanciones a nivel federal por actos fraudulentos e informes falsos en relación a estos programas.
- Toda persona que obtenga, trate de obtener, o ayude a otra persona a obtener asistencia a la que no tiene derecho, será culpable de infringir las leyes del estado de Iowa. Esto incluye los capítulos 249 y 249A del Código de Iowa, entre otros.
- Puede presentar la solicitud para una parte de su grupo familiar aunque algunos de ellos no sean inmigrantes legales. Por ejemplo, los padres que no sean inmigrantes legales pueden presentar la solicitud para los hijos que sean ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros habilitados. El Departamento verificará la condición inmigratoria de su grupo familiar con el *Department of Homeland Security*. La información provista por dicho departamento podría afectar los beneficios de esas personas. No se le pedirá información a *Department of Homeland Security* sobre aquellas personas para las que no presente la solicitud. No obstante, es posible que se utilicen sus ingresos para ver si el resto del grupo familiar puede obtener Medicaid.
- **La presentación deliberada de información incorrecta ocasionará que iniciemos un juicio civil o penal en su contra. Además, sus beneficios podrían ser reducidos o podría tener que devolver el dinero recibido.**

**Esta autorización perderá validez cuando su Medicaid finalice.**

### Tiene derecho a apelar

Usted, o la persona que le ayuda, podrán solicitar una audiencia en caso de no estar de acuerdo con la acción tomada en su caso. Debe apelar por escrito. Para apelar por escrito, elija una de las siguientes maneras:

- Complete la apelación por Internet en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o
- Escriba una carta explicándonos por qué cree que la decisión es incorrecta, o
- Llene un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia ("Appeal and Request for Hearing"). Puede conseguirlo en la oficina DHS de su condado.

Envíe o lleve el formulario de apelación a *Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114*. Si necesita ayuda para presentar la apelación, pregunte en la oficina DHS de su condado.

Puede representarse usted mismo o ser representado por un amigo, un familiar, un abogado o cualquier otra persona.

Si necesita servicios legales, comuníquese con la oficina DHS de su condado. Es posible que deba pagar por dichos servicios. En tal caso, el pago será proporcional a sus ingresos. Además, puede llamar a *Iowa Legal Aid* al teléfono (800) 532-1275. Si vive en el Condado de Polk, llame al (515) 243-1193.

### No será discriminado

La política de Iowa Department of Human Services (DHS) es brindarles trato equitativo con respecto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, los empleados y los clientes, sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, ideología política o condición de veterano.

Si considera que DHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta de queja a: *Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114* o por correo electrónico a [contactdhs@dhs.state.ia.us](mailto:contactdhs@dhs.state.ia.us)

**Divulgación de Información - Opcional**

***¡Ayúdenos a ayudarle!***

No es obligatorio que firme esta autorización, pero nos ayudaría a obtener la información que necesitamos para ayudarle y no tendríamos que pedirle que firme solicitudes específicas.

**Debe saber que:**

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si necesitáramos que nos proporcione más información, recibirá una carta informándole qué necesitamos y la fecha en que debe entregarla.
- Es su responsabilidad conseguir dicha información o pedirnos que le ayudemos a conseguirla.
- Si no nos proporciona dicha información ni nos pide ayuda antes de la fecha de entrega de la misma, su solicitud podría ser denegada o la asistencia podría terminar.
- Podríamos utilizar la siguiente autorización para obtener la información necesaria. **Pero aún así, deberá conseguir la información que le solicitemos o pedirnos ayuda para conseguirla.**
- Podríamos adjuntar una copia de la autorización a otros formularios para solicitarles a otras personas u organizaciones (como, por ejemplo, su empleador) que nos proporcionen información específica sobre usted o los miembros de su grupo familiar.

**Escriba su nombre en letra de imprenta y firme debajo para autorizarnos a obtener la información necesaria. Recuerde de firmar página 6.**

<b>DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN</b> (Release of Information)	
Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar. (I hereby authorize any person or organization to give the Iowa Department of Human Services requested information about me or other members of my household.)	
Una copia de esta autorización es tan válida como el original. (A copy of this release is as valid as the original.)	
Esta autorización no es válida en el caso de información protegida referida a la salud. (This release does not apply to protected health information.)	
Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma. (This release is good for 12 months from the date signed.)	
_____ Su nombre (en imprenta legible) (Your Name – please print clearly)	_____ Nombre de otro adulto (en imprenta legible) (Other Adult Name – please print clearly)
_____ Firma o marca (Signature or Mark)	_____ Firma o marca (Signature or Mark)
_____ Fecha (Date)	

