Iowa Department of Human Services

Terry E. Branstad
Governor

Kim Reynolds
Lt. Governor

Charles M. Palmer
Director

May 20, 2016

GENERAL LETTER NO. 6-AP-120

ISSUED BY: Division of Adult, Children and Family Services

SUBJECT: Employees' Manual, Title 6, ***INCOME MAINTENANCE PROGRAMS APPENDIX***, Contents (page 10), revised; pages 45, 64a, 125 through 131, 214, 404, and 421, revised; and the following forms:

470-3967	*ABAWD Letter*, revised
470-3967(S)	*ABAWD Letter* (Spanish), revised
470-5170	*Application for Health Coverage and Help Paying Costs*, revised
470-5170(S)	*Application for Health Coverage and Help Paying Costs* (Spanish), revised
470-0042	*Case Activity Report*, revised
470-3624	*Child Care Assistance Application*, revised
470-3624(S)	*Child Care Assistance Application* (Spanish), revised
470-4377(M)	*Child Care Assistance Review*, revised
470-4377(S)	*Child Care Assistance Review* (Spanish), revised
470-5286	*Compliance with Third Party Liability (TPL)*, revised
470-2847	*Denial of Health Insurance Premium Payment*, revised
470-0462	*Financial Support Application*, revised
470-0462(S)	*Financial Support Application* (Spanish), revised
470-2255	*Food Assistance Work Rules*, revised
470-2255(S)	*Food Assistance Work Rules* (Spanish), revised
470-3876	*Hardship Exemption Determination*, revised
470-3884	*Hardship Exemption: Service Information*, revised
470-5308	*HIPP Notice of Action*, revised
470-5287	*Noncompliance with Third Party Liability (TPL)*, revised
470-2960	*Reporting Food Assistance Changes*, revised
470-2960(S)	*Reporting Food Assistance Changes* (Spanish), revised
470-2881	*Review/Recertification Eligibility Document*, revised
470-2881(S)	*Review/Recertification Eligibility Document* (Spanish), revised
470-2881(M)	*Review/Recertification Eligibility Document* (manual), revised
470-2881(MS)	*Review/Recertification Eligibility Document* (manual Spanish), revised

Comm. 20	*Your Guide to Medicaid Fee-for-Service (FFS)*, revised and renamed
Comm. 20(S)	*Your Guide to Medicaid Fee-for-Service (FFS)* (Spanish), revised and renamed
Comm. 62	*Child Care Assistance*, revised
Comm. 62(S)	*Child Care Assistance* (Spanish), revised
Comm. 72	*Protection of Your Resources and Income*, revised
Comm. 123	*Important Information for You and Your Family Members About the Estate Recovery Program*, revised
Comm. 123(S)	*Important Information for You and Your Family Members About the Estate Recovery Program* (Spanish), revised
Comm. 238	*Cut Your Medical Costs if You Get Medicaid*, revised
Comm. 284	*Bringing Farmers Markets and Food Assistance Together*, revised
Comm. 316	*PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)*, revised
Comm. 337	*Medicaid for Kids with Special Needs*, revised
Comm. 414	*Protecting Your Resources and Income*, revised
RC-0018	*Supplemental Security Income Payment Standards*, revised
RC-0033	*Desk Aid*, revised
RC-0130	*Desk Aid for MAGI, MIYA, IHAWP, and* ***hawk-i***, revised

Summary

This chapter is revised to:

- Update form 470-3967, *ABAWD Letter*, and its Spanish translation, 470-3967(S), to:
  - Add detail regarding allowable exemptions for work requirements.
  - Update client contact information to report if they are meeting an exemption.
  - Expand the salutation to allow entry of the individual's full name and the case number.
- Improve consistency between the online and paper versions of both the application and review forms, and to address requests from field staff, the following changes have been made to the *Application for Health Coverage and Help Paying Costs*, form 470-5170, and its Spanish translation, 470-5170(S):
  - Correct the instructions about who does and does not have to be included on the application to make it clear that the primary applicant must include their unmarried partner if they have a child or children together.
  - Correct the year referenced when asking if a person plans to file a federal income tax return.
  - Add questions to ask if a person is incarcerated or in a work release program.
  - Correct language to ask if a person has lived in the U.S. since before August 22, 1996.

- Add clarifying language to ask if a person who is a veteran was honorably discharged.
- Reword the question asking if an adult is a main person taking care of a child under age 19 living in the home.
- Change the question about average hours worked to ask for monthly instead of weekly hours.
- Change the question to ask about certain job changes in the past three months instead of in the past year.
- Change how applicants are asked about expected changes in income from jobs, self-employment, and other sources.
- Add a question to obtain an expected annual self-attested income amount when monthly self-employment income is not expected to stay the same.
- Add language to help applicants know what deductions should be reported.
- Correct the instructions on who to contact to change an authorized representative.
- Remove the incarceration confirmation statement and request for incarcerated person's name from the signature page.
- Add information on the signature page about how applicants can obtain a copy of their Rights and Responsibilities.
- Correct the instructions for how to appeal.

♦ Update the instructions and form 470-0042, *Case Activity Report*, for use in PACE cases.

♦ Update child care assistance forms to add questions on military duty, living arrangements, and resources. Changes have been made to the following forms:

- 470-3624 and 470-3624(S), *Child Care Assistance Application*
- 470-4377(M) and 470-4377(S), *Child Care Assistance Review*

♦ Revise the following forms to be compatible with IME or MCO noncompliance:

- 470-5286, *Compliance with Third Party Liability* (TPL)
- 470-5287, *Noncompliance with Third Party Liability (TPL)*

♦ Change the notices to accommodate the HIPP identification number. The HIPP identification number is used for internal indexing purposes. This change was made on the following forms:

- 470-2847, *Denial of Health Insurance Premium Payment*
- 470-5308, *HIPP Notice of Action*

♦ Update application and review forms due to Food Assistance federal regulations. Some of the changes include:

- Adding questions and required language.
- Moving questions from one section to another section.
- Updating the nondiscrimination statement.

These changes have been made to the following forms:

- 470-0462 and 470-0462(S), *Financial Support Application*
- 470-2881, 470-2881(S), 470-2881(M), and 470-2881(MS), *Review/ Recertification Eligibility Document*

♦ Update 470-2255, *Food Assistance Work Rules*, and its Spanish translation, 470-2255(S), to:

- Clarify Food Assistance work rules including requirements and consequences.
- Update nondiscrimination information.

♦ Update the instructions and the following forms to clarify their use for FIA-responsible and non FIA-responsible people:

- 470-3876, *Hardship Exemption Determination*
- 470-3884, *Hardship Exemption: Service Information*

♦ Update form 470-2960, *Reporting Food Assistance Changes*, and its Spanish translation, 470-2960(S), to notify potential employed ABAWDs of the requirement to report a decrease in work hours so ABAWD status may be evaluated.

♦ Revise Comm. 20 and the Spanish translation, Comm. 20(S), to:

- Change the name of the booklet from *Your Guide to Medicaid* to *Your Guide to Medicaid Fee-for-Service (FFS)*.
- Include information on the Managed Care Organizations (MCOs).

♦ Update Comm. 62 and Comm. 62(S), *Child Care Assistance*.

♦ Update Comm. 72, *Protection of Your Resources and Income*, with the 2016 maintenance needs allowance for dependents, remove language for families with dependent children, and update examples.

♦ Add language to Comm. 123, *Important Information for You and Your Family Members About the Estate Recovery Program*, to make it clear that the capitation payments made to Managed Care Organizations is included in the amount subject to estate recovery from a Medicaid member's medical expenses. The Spanish version, Comm. 123(S), has also been updated to reflect these changes.

♦ Update Comm. 238, *Cut Your Medical Costs if You Get Medicaid*, with the monthly income limits due to an increase in the federal poverty level, effective March 1, 2016.

♦ Update Comm. 284, *Bringing Farmers Markets and Food Assistance Together*, with current farmers and farmers' market information.

♦ Update Comm. 316, *PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly)*, to add information on the central Iowa service area and estate recovery.

♦ Update Comm. 337, *Medicaid for Kids with Special Needs*, with the monthly income limits due to an increase in the federal poverty level, effective April 1, 2016.

♦ Update Comm. 414, *Protecting Your Resources and Income*, to remove language on families with dependent children. The 300 percent of the SSI benefit level for one person has not changed for 2016.

- Update RC-0018, *Supplemental Security Income Payment Standards*, with the new residential care facility and family life home assistance personal needs allowances that became effective January 1, 2016.
- Update the monthly income limits on RC-0033, *Desk Aid*, due to the increase in the federal poverty level effective March 1, 2016, for the following programs:
  - Qualified Medicare Beneficiaries (QMB),
  - Specified Low-Income Medicare Beneficiaries (SLMB),
  - Expanded Specified Low-Income Medicare Beneficiaries (E-SLMB),
  - Qualified Disabled and Working People (QDWP), and
  - Medicaid for Employed People With Disabilities (MEPD).

  The monthly income limits were updated due to the increase in the federal poverty level effective April 1, 2016, for the Medicaid for Kids With Special Needs (MKSN) program.
- Update RC-0130, *Desk Aid for MAGI, MIYA, IHAWP, and* ***hawk-i***. RC-0130 provides poverty guidelines and income limits for these programs.

Effective Date

The increase in the maintenance needs allowance for dependents and monthly income limits for QMB, SLMB, E-SLMB, QDWP, and MEPD are effective March 1, 2016.

The increase in monthly income limits for MKSN are effective April 1, 2016.

The changes to the child care assistance forms are effective July 1, 2016.

All other changes are effective upon receipt.

Material Superseded

This material replaces the following pages from Employees' Manual, Title 6, Appendix:

Page	Date
Contents (page 10)	January 3, 2014
470-3967	10/14
470-3967(S)	10/14
470-5170	10/15
470-5170(S)	10/15
470-0042	6/13
45	September 27, 2013
470-3624	7/13
470-3624(S)	7/13
470-4377(M)	7/13
470-4377(S)	7/13
64a	July 3, 2015
470-5286	3/15
470-2847	10/14
470-0462	12/13
470-0462(S)	9/13

470-2255	9/10
470-2255(S)	9/10
470-3876	8/10
125-130	January 3, 2014
470-3884	10/01
131	January 3, 2014
470-5308	2/15
214	July 3, 2015
470-5287	3/15
470-2960	6/14
470-2960(S)	6/14
470-2881	8/14
470-2881(S)	8/14
470-2881(M)	8/14
470-2881(MS)	8/14
404	April 6, 2012
Comm. 20	2/14
Comm. 20(S)	2/14
Comm. 62	7/15
Comm. 62(S)	7/15
Comm. 72	3/15
Comm. 123	5/14
Comm. 123(S)	5/14
421	September 27, 2013
Comm. 238	4/15
Comm. 284	4/15
Comm. 316	7/12
Comm. 337	4/15
Comm. 414	1/15
RC-0018	1/15
RC-0033	10/15
RC-0130	3/15

Additional Information

Use up existing supplies of 470-5170, dated 10/15, before using the latest six-month supply shipped by central office. Print or photocopy supplies of the Spanish version from the sample in the manual. DHS staff may also complete these forms on line using the templates on the DHS Intranet eForms web page.

Use up existing supplies of the following before ordering supplies from Anamosa in the usual manner:

- 470-3624, *Child Care Assistance Application*
- Comm. 72, *Protection of Your Resources and Income*
- Comm. 62, *Child Care Assistance*
- Comm. 337, *Medicaid for Kids with Special Needs*

Use up existing supplies of 470-0462 and its Spanish translation, form 470-0462(S), before using the latest six-month supply shipped by central office.

Destroy existing supplies of Comm. 20 and Comm. 20(S), *Your Guide to Medicaid,* before reordering supplies of Comm. 20 or Comm. 20(S), *Your Guide to Medicaid Fee-for-Service (FFS)*, from Anamosa in the usual manner.

Destroy existing supplies of Comm. 123, *Important Information for You and Your Family Members About the Estate Recovery Program*, dated earlier than 3/16. Order supplies of Comm. 123, dated 3/16, from Anamosa in the usual manner.

Destroy any remaining supplies of Comm. 284, dated earlier than 4/15.

Refer questions about this general letter to your area income maintenance administrator.

Page

Comm. 2 or Comm. 2(S), Facts About the Food Assistance Program 401
Comm. 4, Care for Kids 402
Comm. 18, State Supplementary Assistance 403
Comm. 20 or Comm. 20(S), Your Guide to Medicaid Fee-for-Service (FFS) 404
Comm. 24 or Comm. 24(S), One-Time Payments 405
Comm. 27 and Comm. 27(S), Medicaid for Families and Children 406
Comm. 28 or Comm. 127 (Spanish), Medicaid for SSI-Related Persons 407
Comm. 30, Medicaid for the Medically Needy 408
Comm. 51, Information Practices 409
Comm. 52, Medicaid for People in Nursing Homes and Other Care Facilities 410
Comm. 60, Medicaid for the Qualified Medicare Beneficiary 411
Comm. 62 or Comm. 62(S), Child Care Assistance 412
Comm. 69 or Comm. 69(S), Presumptive Eligibility for Pregnant Women 413
Comm. 72, Protection of Your Resources and Income 414
Comm. 84 or Comm. 84(S), Information on Emergency Service 415
Comm. 91 or Comm. 91(S), The Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program for Iowa Medicaid Recipients 416
Comm. 95 or Comm. 95(S), Minimum Health and Safety Requirements 417
Comm. 99, The Iowa AIDS/HIV Health Insurance Premium Payment Program 418
Comm. 108, The Family Investment Program (FIP) 419
Comm. 121 or Comm. 121(S), Important Notice to Property Owners and Renters 420
Comm. 123 or Comm. 123(S), Important Information for You and Your Family Members About the Estate Recovery Program 421
Comm. 132 or Comm. 132(S), Family Planning Counseling 422
Comm. 133 or Comm. 133(S), FIP for Minor Parents 423
Comm. 137, 60-Month Limit on FIP 424
Comm. 156A, *hawk-i* Brochure Income Guidelines for Health Care Coverage 425
Comm. 156B, *hawk-i* Brochure Income Guidelines for Dental Only Coverage 426
Comm. 158 or Comm. 159, Myths and Truths About Medicaid 427

Iowa Department of Human Services

Terry E. Branstad
Governor

Kim Reynolds
Lt. Governor

Charles M. Palmer
Director

You have been identified by the Department of Human Services (DHS) as an able-bodied adult without dependents (ABAWD). All able-bodied adults aged 18 through 49 who are physically and mentally able to work can only receive three months of Food Assistance benefits from December 1, 2014, through November 30, 2017.

You may continue to receive Food Assistance if you meet one of the following:

- Work an average of 20 hours per week.
- Participate, at least half-time, in a school or training program.
- Participate in a qualifying component through the DHS Employment and Training (E&T) program.
- Receive unemployment benefits.
- Have a physical or mental disability that prevents you from working.
- Are currently pregnant.
- Your food assistance household includes someone under the age of 18, even if that person is not currently receiving benefits on your case.
- Are responsible for the care of an incapacitated person.
- Regularly participate in a drug or alcohol treatment program.
- Participate in the Refugee Cash Assistance Program.

If you meet one of the items listed above, contact the DHS Call Center at 1-877-347-5678.

For information on Employment and Training, contact the program manager through Kirkwood Community College at 1-319-365-9474 ext. 31170.

Income Maintenance Worker

Iowa Department of Human Services

Terry E. Branstad
Gobernador

Kim Reynolds
Vicegobernadora

Charles M. Palmer
Director

Estimado/a

Department of Human Services (DHS) le ha identificado como una persona adulta sin discapacidades y sin personas dependientes (ABAWD). Todos los adultos de 18 a 49 años que son física y mentalmente aptos para trabajar pueden recibir beneficios de *Food Assistance* por sólo tres meses del 1 de diciembre de 2014 al 30 de noviembre de 2017.

Puede continuar recibiendo *Food Assistance* si cumple con uno de los siguientes requisitos:

- Trabaja un promedio de 20 horas por semana.
- Participa en un programa de capacitación o de estudio, durante media jornada como mínimo.
- Participa en un componente de acreditación del programa E&T de DHS (Programa de Empleo y Capacitación).
- Recibe beneficios de desempleo.
- Tiene una discapacidad física o mental que le impide trabajar.
- Está embarazada actualmente.
- Hay un menor de 18 años en su grupo familiar, aunque dicha persona no esté recibiendo beneficios en su caso de *Food Assistance* actualmente.
- Es responsable del cuidado de una persona discapacitada.
- Participa regularmente en un programa de tratamiento para alcoholismo o drogadicción.
- Participa en el Programa *Refugee Cash Assistance* (asistencia de dinero en efectivo para refugiados).

Si reúne uno de los requisitos mencionados anteriormente, comuníquese con el Centro Telefónico de DHS al 1-877-347-5678.

Para obtener más información sobre Empleo y Capacitación, comuníquese con el administrador del programa en Kirkwood Community College al 1-319-365-9474 ext. 31170.

Asistente social de Income Maintenance

Iowa Department of Human Services

Application for Health Coverage and Help Paying Costs

Use this application to see what coverage choices you qualify for

- Affordable private health insurance plans that offer comprehensive coverage to help you stay well
- A new tax credit that can immediately help pay your premiums for health coverage
- Free or low-cost insurance from Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP)

You may qualify for a free or low-cost program even if you earn as much as $94,000 a year (for a family of 4).

Who can use this application?

- Use this application to apply for anyone in your family.
- Apply even if you or your child already has health coverage. You could be eligible for lower-cost or free coverage.
- Families that include immigrants can apply. You can apply for your child even if you aren't eligible for coverage. Applying won't affect your immigration status or chances of becoming a permanent resident or citizen.
- If someone is helping you fill out this application, you may need to complete Step 6.

Apply faster online

Apply faster online at dhsservices.iowa.gov.

What you may need to apply

- Social Security Numbers (or document numbers for any legal immigrants who need insurance)
- Employer and income information for everyone in your family (for example, from paystubs, W-2 forms, or wage and tax statements)
- Policy numbers for any current health insurance
- Information about any job-related health insurance available to your family

Why do we ask for this information?

We ask about income and other information to let you know what coverage you qualify for and if you can get any help paying for it. **We'll keep all the information you provide private and secure, as required by law.**

What happens next?

Send your complete, signed application to the address on page 17. **If you don't have all the information we ask for, sign and submit your application anyway.** We'll follow-up with you within 30 days. You'll get instructions on the next steps to complete your health coverage. If you don't hear from us within 30 days, call the DHS Contact Center at **1-855-889-7985**. Filling out this application doesn't mean you have to buy health coverage.

Get help with this application

- **Online:** dhsservices.iowa.gov
- **Phone:** Call our Help Center at **1-855-889-7985**.
- **In person:** There may be counselors in your area who can help. Visit our website or call **1-855-889-7985** for more information.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-855-889-7985**.
- If you need help in a language other than English, call **1-855-889-7985** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you.
- TTY users should call **1-800-735-2942**.

Step 1. Tell us about yourself.

We need one adult in the family to be the contact person for your application.

First name, middle name, last name, and suffix			
Home address (If you leave blank because you don't have one, you must give us a mailing address below.)			Apartment or suite number
City	State	ZIP code	County
Mailing address (if different from home address)			Apartment or suite number
City	State	ZIP code	County
Phone number		Other phone number	
Do you want to get information about this application by email? ☐ Yes ☐ No Email address:			
Preferred spoken or written language (if not English)			

Step 2. Tell us about your family.

Who do you need to include on this application?

Tell us about all the family members who live with you. If you file taxes, we need to know about everyone on your tax return. (You don't need to file taxes to get health coverage.)

DO include:

- Yourself
- Your spouse
- Your children under 21 who live with you
- Your unmarried partner who needs health coverage
- Your unmarried partner who lives with you when you have a child or children together
- Anyone you include on your tax return, even if they don't live with you
- Anyone else under 21 who you take care of and lives with you

You DON'T have to include:

- Your unmarried partner who lives with you and doesn't need health insurance unless you have a child or children together
- Your unmarried partner's children
- Your parents who live with you, but file their own tax return (if you're over 21)
- Other adult relatives who file their own tax return

The amount of assistance or type of program you qualify for depends on the number of people in your family and their incomes. This information helps us make sure everyone gets the best coverage they can.

Complete Step 2 for each person in your family. Start with yourself, then add other adults and children. If you have more than five people in your family, you'll need to make a copy of the pages and attach them. You don't need to provide immigration status or a Social Security Number (SSN) for family members who don't need health coverage. We'll keep all the information you provide private and secure as required by law. We'll use personal information only to check if you're eligible for health coverage.

Step 2. Person 1 (start with yourself)

Complete Step 2 for yourself, your spouse or partner and children who live with you and anyone on your same federal income tax return if you file one. See page 1 for more information about who to include. If you don't file a tax return, remember to still add family members who live with you.

First name, middle name, last name, and suffix		Relationship to you? **SELF**
Date of birth (mm/dd/yyyy)	Sex: ☐ Male ☐ Female	Social Security Number (SSN)

We need your SSN if you want health coverage and have a SSN. Providing your SSN can be helpful if you don't want health coverage too since it can speed up the application process. We use SSNs to check income and other information to see who's eligible for help with health coverage costs. If someone wants help getting an SSN, call 1-800-772-1213 or visit www.socialsecurity.gov/. TTY users should call 1-800-325-0778.

Do you plan to file a federal income tax return THIS YEAR?

(You can still apply for health insurance even if you don't file a federal income tax return.)

☐ Yes. **If yes**, please answer questions 1-3. ☐ No. **If no**, skip to question 3.

☐ Yes ☐ No 1. Will you file jointly with a spouse? **If yes**, name of spouse: _____

☐ Yes ☐ No 2. Will you claim any dependents on your tax return? **If yes**, list names of dependents: _____

☐ Yes ☐ No 3. Will you be claimed as a dependent on someone's tax return? **If yes**, list the name of the tax filer: _____

How are you related to the tax filer? _____

☐ Yes ☐ No Are you pregnant? **If yes**, how many babies are expected during this pregnancy? What is the due date? _____

☐ Yes ☐ No Are you currently incarcerated?

☐ Yes ☐ No Are you currently assigned to a work release program? **If yes**, what is the start date? _____

Do you need health coverage?

(Even if you have insurance, there might be a program with better coverage or lower costs.)

☐ Yes. **If yes**, answer all the questions below. ☐ No. **If no**, skip to the income questions on page 3. Leave the rest of this page blank.

☐ Yes ☐ No Do you have a physical, mental, or emotional health condition that causes limitations in activities (like bathing, dressing, daily chores, etc.) or live in a medical facility or nursing home?

☐ Yes ☐ No Are you a U.S. citizen or U.S. national?

☐ Yes ☐ No If you aren't a U.S. citizen or U.S. national, do you have eligible immigration status? **If yes**, fill in your document type and ID number below.

Document type: _____ Document ID number: _____

☐ Yes ☐ No Have you lived in the U.S. since before August 22, 1996?

☐ Yes ☐ No Are you or your spouse or parent an honorably discharged veteran or an active-duty member of the U.S. military?

☐ Yes ☐ No Are you a resident of Iowa?

☐ Yes ☐ No Do you want help paying for medical bills from the last three months?

☐ Yes ☐ No Are you an adult who is a main person taking care of a child under the age of 19 living in the home?

☐ Yes ☐ No Are you a full-time student?

☐ Yes ☐ No Were you in foster care at age 18 or older?

☐ Yes ☐ No If you are under age 19, do you want help with child support?

The following ethnicity and race questions are optional. Check all that apply.

If Hispanic or Latino, ethnicity:

- ☐ Mexican
- ☐ Mexican American
- ☐ Chicano/a
- ☐ Puerto Rican
- ☐ Cuban
- ☐ Other: _____

Race:

- ☐ White
- ☐ Black or African American
- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian Indian
- ☐ Chinese
- ☐ Filipino
- ☐ Japanese
- ☐ Korean
- ☐ Vietnamese
- ☐ Other Asian
- ☐ Native Hawaiian
- ☐ Guamanian or Chamorro
- ☐ Samoan
- ☐ Other Pacific Islander
- ☐ Other: _____

Current Job and Income Information: You must tell us about the income of the people in your household. If someone has more than one job, tell us about all jobs. If you leave a space blank, we will assume that you have no income of this kind.

☐ **Employed.** If you're currently employed, tell us about your income. Start with **Current Job 1**.
☐ **Not employed.** Skip to the **Other Income This Month** section.
☐ **Self-employed.** Skip to the **Self-Employment** section.

Current Job 1:

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each month:

Current Job 2: If you have more jobs and need more space, attach another sheet of paper.

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each month:

Will the amount of money from jobs stay about the same? ☐ Yes ☐ No
If no, explain: _____

In the past three months, did you:
☐ Change jobs ☐ Stop working ☐ Start working fewer hours ☐ None of these

Self-Employment: If self-employed, answer the following questions.

Type of work _____

How much net income (profits once business expenses are paid) will you get from this self-employment this month? $ _____

Will the amount of monthly income from self-employment stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, how much do you expect to average over a 12 month period? $ _____

Other Income This Month: Check all that apply, and give the amount and how often you get it. **NOTE:** You don't need to tell us about child support, veteran's payment, or Supplemental Security Income (SSI).

		How often?			How often?
☐ None					
☐ Unemployment	$ _____	_____	☐ Alimony received	$ _____	_____
☐ Pensions	$ _____	_____	☐ Net farming/fishing	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Net rental/royalty	$ _____	_____
☐ Retirement accounts	$ _____	_____	☐ Other income Type _____	$ _____	_____

Will the amount of money from other income stay about the same? ☐ Yes ☐ No
If no, explain: _____

Deductions: If you pay for certain things that can be deducted on a federal income tax return, check all that apply and give the amount and how often you pay. This information can be found on the Adjusted Gross Income section of your Federal 1040 form. **NOTE:** You shouldn't include a cost that you already considered in your answer to net self-employment.

		How often?			How often?
☐ Alimony paid	$ _____	_____	☐ Other deductions Type _____	$ _____	_____
☐ Student loan interest	$ _____	_____			

Step 2. Person 2

Complete Step 2 for your spouse or partner and children who live with you and anyone on your same federal income tax return if you file one. See Page 1 for more information about who to include. If you don't file a tax return, remember to still add family members who live with you.

First name, middle name, last name, and suffix		Relationship to you?
Date of birth (mm/dd/yyyy)	Sex: ☐ Male ☐ Female	Social Security Number (SSN)

We need your SSN if you want health coverage and have a SSN. Providing your SSN can be helpful if you don't want health coverage too since it can speed up the application process.

☐ Yes ☐ No Does *Person 2* live at the same address as you? **If no**, list address: _____

Does *Person 2* plan to file a federal income tax return THIS YEAR?

(You can still apply for health insurance even if you don't file a federal income tax return.)

☐ Yes. **If yes**, please answer questions 1-3. ☐ No. **If no**, skip to question 3.

☐ Yes ☐ No 1. Will *Person 2* file jointly with a spouse? **If yes**, name of spouse: _____

☐ Yes ☐ No 2. Will *Person 2* claim any dependents on *Person 2's* tax return? **If yes**, list names of dependents: _____

☐ Yes ☐ No 3. Will *Person 2* be claimed as a dependent on someone's tax return? **If yes**, list the name of the tax filer: _____

How is *Person 2* related to the tax filer? _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* pregnant? **If yes**, how many babies are expected during this pregnancy? _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* currently incarcerated?

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* currently assigned to a work release program? **If yes**, what is the start date? _____

Does *Person 2* need health coverage?

(Even if they have insurance, there might be a program with better coverage or lower costs.)

☐ Yes. **If yes**, answer all the questions below. ☐ No. **If no**, skip to the income questions on page 5. Leave the rest of this page blank.

☐ Yes ☐ No Does *Person 2* have a physical, mental, or emotional health condition that causes limitations in activities (like bathing, dressing, daily chores, etc.) or live in a medical facility or nursing home?

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* a U.S. citizen or U.S. national?

☐ Yes ☐ No If *Person 2* isn't a U.S. citizen or U.S. national, does *Person 2* have eligible immigration status? **If yes**, fill in their document type and ID number below.

Document type: _____ Document ID number: _____

☐ Yes ☐ No Has *Person 2* lived in the U.S. since before August 22, 1996?

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* or their spouse or parent an honorably discharged veteran or an active-duty member in the U.S. military?

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* a resident of Iowa?

☐ Yes ☐ No Does *Person 2* want help paying for medical bills from the last three months?

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* an adult who is a main person taking care of a child under the age of 19 living in the home?

☐ Yes ☐ No Was *Person 2* in foster care at age 18 or older?

☐ Yes ☐ No If *Person 2* is under age 19, do you want help with child support?

Please answer the following questions if *Person 2* is 22 or younger:

☐ Yes ☐ No Did *Person 2* have insurance through a job and lose it within the past three months?

If yes, end date: _____ Reason insurance ended: _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 2* a full-time student?

The following ethnicity and race questions are optional. Check all that apply.

If Hispanic or Latino, ethnicity:

- ☐ Mexican
- ☐ Mexican American
- ☐ Chicano/a
- ☐ Puerto Rican
- ☐ Cuban
- ☐ Other: _____

Race:

- ☐ White
- ☐ Black or African American
- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian Indian
- ☐ Chinese
- ☐ Filipino
- ☐ Japanese
- ☐ Korean
- ☐ Vietnamese
- ☐ Other Asian
- ☐ Native Hawaiian
- ☐ Guamanian or Chamorro
- ☐ Samoan
- ☐ Other Pacific Islander
- ☐ Other: _____

Current Job and Income Information: You must tell us about the income of the people in your household. If someone has more than one job, tell us about all jobs. If you leave a space blank, we will assume that you have no income of this kind.

- ☐ **Employed.** If you're currently employed, tell us about your income. Start with **Current Job 1**.
- ☐ **Not employed.** Skip to the **Other Income This Month** section.
- ☐ **Self-employed.** Skip to the **Self-Employment** section.

Current Job 1:

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each month:

Current Job 2: If you have more jobs and need more space, attach another sheet of paper.

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each month:

Will the amount of money from jobs stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, explain: _____

In the past three months, did *Person 2*:

☐ Change jobs ☐ Stop working ☐ Start working fewer hours ☐ None of these

Self-Employment: If self-employed, answer the following questions.

Type of work _____

How much net income (profits once business expenses are paid) will you get from this self-employment this month? $ _____

Will the amount of monthly income from self-employment stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, how much do you expect to average over a 12 month period? $ _____

Other Income This Month: Check all that apply, and give the amount and how often you get it. **NOTE:** You don't need to tell us about child support, veteran's payment, or Supplemental Security Income (SSI).

☐ None

		How often?			How often?
☐ Unemployment	$		☐ Alimony received	$	
☐ Pensions	$		☐ Net farming/fishing	$	
☐ Social Security	$		☐ Net rental/royalty	$	
☐ Retirement accounts	$		☐ Other income Type	$	

Will the amount of money from other income stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, explain: _____

Deductions: If *Person 2* pays for certain things that can be deducted on a federal income tax return, check all that apply and give the amount and how often *Person 2* pays. This information can be found on the Adjusted Gross Income section of *Person 2's* Federal 1040 form. **NOTE:** You shouldn't include a cost that you already considered in your answer to net self-employment.

		How often?			How often?
☐ Alimony paid	$		☐ Other deductions	$	
☐ Student loan interest	$		Type		

Step 2. Person 3

Complete Step 2 for your spouse or partner and children who live with you and anyone on your same federal income tax return if you file one. See Page 1 for more information about who to include. If you don't file a tax return, remember to still add family members who live with you.

First name, middle name, last name, and suffix		Relationship to you?
Date of birth (mm/dd/yyyy)	Sex: ☐ Male ☐ Female	Social Security Number (SSN)

We need your SSN if you want health coverage and have a SSN. Providing your SSN can be helpful if you don't want health coverage too since it can speed up the application process.

☐ Yes ☐ No Does *Person 3* live at the same address as you? **If no**, list address: _____

Does *Person 3* plan to file a federal income tax return THIS YEAR?

(You can still apply for health insurance even if you don't file a federal income tax return.)

☐ Yes. **If yes**, please answer questions 1-3. ☐ No. **If no**, skip to question 3.

☐ Yes ☐ No 1. Will *Person 3* file jointly with a spouse? **If yes**, name of spouse: _____

☐ Yes ☐ No 2. Will *Person 3* claim any dependents on *Person 3's* tax return? **If yes**, list names of dependents: _____

☐ Yes ☐ No 3. Will *Person 3* be claimed as a dependent on someone's tax return? **If yes**, list the name of the tax filer: _____

How is *Person 3* related to the tax filer? _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 3* pregnant? **If yes**, how many babies are expected during this pregnancy? _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 3* currently incarcerated?

☐ Yes ☐ No Is *Person 3* currently assigned to a work release program? **If yes**, what is the start date? _____

Does *Person 3* need health coverage?

(Even if they have insurance, there might be a program with better coverage or lower costs.)

☐ Yes. **If yes**, answer all the questions below. ☐ No. **If no**, skip to the income questions on page 7. Leave the rest of this page blank.

☐ Yes ☐ No Does *Person 3* have a physical, mental, or emotional health condition that causes limitations in activities (like bathing, dressing, daily chores, etc.) or live in a medical facility or nursing home?

☐ Yes ☐ No Is *Person 3* a U.S. citizen or U.S. national?

☐ Yes ☐ No If *Person 3* isn't a U.S. citizen or U.S. national, does *Person 3* have eligible immigration status? **If yes**, fill in their document type and ID number below.

Document type: _____ Document ID number: _____

☐ Yes ☐ No Has *Person 3* lived in the U.S. since before August 22, 1996?

☐ Yes ☐ No Is *Person 3* or their spouse or parent an honorably discharged veteran or an active-duty member in the U.S. military?

☐ Yes ☐ No Is *Person 3* a resident of Iowa?

☐ Yes ☐ No Does *Person 3* want help paying for medical bills from the last three months?

☐ Yes ☐ No Is *Person 3* an adult who is a main person taking care of a child under the age of 19 living in the home?

☐ Yes ☐ No Was *Person 3* in foster care at age 18 or older?

☐ Yes ☐ No If *Person 3* is under age 19, do you want help with child support?

Please answer the following questions if *Person 3* is 22 or younger:

☐ Yes ☐ No Did *Person 3* have insurance through a job and lose it within the past three months?

If yes, end date: _____ Reason insurance ended: _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 3* a full-time student?

The following ethnicity and race questions are optional. Check all that apply.

If Hispanic or Latino, ethnicity:

- ☐ Mexican
- ☐ Mexican American
- ☐ Chicano/a
- ☐ Puerto Rican
- ☐ Cuban
- ☐ Other: _____

Race:

- ☐ White
- ☐ Black or African American
- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian Indian
- ☐ Chinese
- ☐ Filipino
- ☐ Japanese
- ☐ Korean
- ☐ Vietnamese
- ☐ Other Asian
- ☐ Native Hawaiian
- ☐ Guamanian or Chamorro
- ☐ Samoan
- ☐ Other Pacific Islander
- ☐ Other: _____

Current Job and Income Information: You must tell us about the income of the people in your household. If someone has more than one job, tell us about all jobs. If you leave a space blank, we will assume that you have no income of this kind.

- ☐ **Employed.** If you're currently employed, tell us about your income. Start with **Current Job 1**.
- ☐ **Not employed.** Skip to the **Other Income This Month** section.
- ☐ **Self-employed.** Skip to the **Self-Employment** section.

Current Job 1:

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each month:

Current Job 2: If you have more jobs and need more space, attach another sheet of paper.

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each month:

Will the amount of money from jobs stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, explain: _____

In the past three months, did *Person 3*:

☐ Change jobs ☐ Stop working ☐ Start working fewer hours ☐ None of these

Self-Employment: If self-employed, answer the following questions.

Type of work _____

How much net income (profits once business expenses are paid) will you get from this self-employment this month? $ _____

Will the amount of monthly income from self-employment stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, how much do you expect to average over a 12 month period? $ _____

Other Income This Month: Check all that apply, and give the amount and how often you get it. **NOTE:** You don't need to tell us about child support, veteran's payment, or Supplemental Security Income (SSI).

☐ None

		How often?			How often?
☐ Unemployment	$ _____	_____	☐ Alimony received	$ _____	_____
☐ Pensions	$ _____	_____	☐ Net farming/fishing	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Net rental/royalty	$ _____	_____
☐ Retirement accounts	$ _____	_____	☐ Other income Type _____	$ _____	_____

Will the amount of money from other income stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, explain: _____

Deductions: If *Person 3* pays for certain things that can be deducted on a federal income tax return, check all that apply and give the amount and how often *Person 3* pays. This information can be found on the Adjusted Gross Income section of *Person 3's* Federal 1040 form. **NOTE:** You shouldn't include a cost that you already considered in your answer to net self-employment.

		How often?			How often?
☐ Alimony paid	$ _____	_____	☐ Other deductions Type _____	$ _____	_____
☐ Student loan interest	$ _____	_____			

Step 2. Person 4

Complete Step 2 for your spouse or partner and children who live with you and anyone on your same federal income tax return if you file one. See Page 1 for more information about who to include. If you don't file a tax return, remember to still add family members who live with you.

First name, middle name, last name, and suffix		Relationship to you?
Date of birth (mm/dd/yyyy)	Sex: ☐ Male ☐ Female	Social Security Number (SSN)

We need your SSN if you want health coverage and have a SSN. Providing your SSN can be helpful if you don't want health coverage too since it can speed up the application process.

☐ Yes ☐ No Does *Person 4* live at the same address as you? **If no**, list address: _____

Does *Person 4* plan to file a federal income tax return THIS YEAR?

(You can still apply for health insurance even if you don't file a federal income tax return.)

☐ Yes. **If yes**, please answer questions 1-3. ☐ No. **If no**, skip to question 3.

☐ Yes ☐ No 1. Will *Person 4* file jointly with a spouse? **If yes**, name of spouse: _____

☐ Yes ☐ No 2. Will *Person 4* claim any dependents on *Person 4's* tax return? **If yes**, list names of dependents: _____

☐ Yes ☐ No 3. Will *Person 4* be claimed as a dependent on someone's tax return? **If yes**, list the name of the tax filer: _____

How is *Person 4* related to the tax filer? _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 4* pregnant? **If yes**, how many babies are expected during this pregnancy? _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 4* currently incarcerated?

☐ Yes ☐ No Is *Person 4* currently assigned to a work release program? **If yes**, what is the start date? _____

Does *Person 4* need health coverage?

(Even if they have insurance, there might be a program with better coverage or lower costs.)

☐ Yes. **If yes**, answer all the questions below. ☐ No. **If no**, skip to the income questions on page 9. Leave the rest of this page blank.

☐ Yes ☐ No Does *Person 4* have a physical, mental, or emotional health condition that causes limitations in activities (like bathing, dressing, daily chores, etc.) or live in a medical facility or nursing home?

☐ Yes ☐ No Is *Person 4* a U.S. citizen or U.S. national?

☐ Yes ☐ No If *Person 4* isn't a U.S. citizen or U.S. national, does *Person 4* have eligible immigration status? **If yes**, fill in their document type and ID number below.

Document type: _____ Document ID number: _____

☐ Yes ☐ No Has *Person 4* lived in the U.S. since before August 22, 1996?

☐ Yes ☐ No Is *Person 4* or their spouse or parent an honorably discharged veteran or an active-duty member in the U.S. military?

☐ Yes ☐ No Is *Person 4* a resident of Iowa?

☐ Yes ☐ No Does *Person 4* want help paying for medical bills from the last three months?

☐ Yes ☐ No Is *Person 4* an adult who is a main person taking care of a child under the age of 19 living in the home?

☐ Yes ☐ No Was *Person 4* in foster care at age 18 or older?

☐ Yes ☐ No If *Person 4* is under age 19, do you want help with child support?

Please answer the following questions if *Person 4* is 22 or younger:

☐ Yes ☐ No Did *Person 4* have insurance through a job and lose it within the past three months?

If yes, end date: _____ Reason insurance ended: _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 4* a full-time student?

The following ethnicity and race questions are optional. Check all that apply.

If Hispanic or Latino, ethnicity:

- ☐ Mexican
- ☐ Mexican American
- ☐ Chicano/a
- ☐ Puerto Rican
- ☐ Cuban
- ☐ Other: _____

Race:

- ☐ White
- ☐ Black or African American
- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian Indian
- ☐ Chinese
- ☐ Filipino
- ☐ Japanese
- ☐ Korean
- ☐ Vietnamese
- ☐ Other Asian
- ☐ Native Hawaiian
- ☐ Guamanian or Chamorro
- ☐ Samoan
- ☐ Other Pacific Islander
- ☐ Other: _____

Current Job and Income Information: You must tell us about the income of the people in your household. If someone has more than one job, tell us about all jobs. If you leave a space blank, we will assume that you have no income of this kind.

- ☐ **Employed.** If you're currently employed, tell us about your income. Start with **Current Job 1**.
- ☐ **Not employed.** Skip to the **Other Income This Month** section.
- ☐ **Self-employed.** Skip to the **Self-Employment** section.

Current Job 1:

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each month:

Current Job 2: If you have more jobs and need more space, attach another sheet of paper.

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each month:

Will the amount of money from jobs stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, explain: _____

In the past three months, did *Person 4*:

☐ Change jobs ☐ Stop working ☐ Start working fewer hours ☐ None of these

Self-Employment: If self-employed, answer the following questions.

Type of work _____

How much net income (profits once business expenses are paid) will you get from this self-employment this month? $

Will the amount of monthly income from self-employment stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, how much do you expect to average over a 12 month period? $ _____

Other Income This Month: Check all that apply, and give the amount and how often you get it. **NOTE:** You don't need to tell us about child support, veteran's payment, or Supplemental Security Income (SSI).

☐ None

		How often?			How often?
☐ Unemployment	$ _____	_____	☐ Alimony received	$ _____	_____
☐ Pensions	$ _____	_____	☐ Net farming/fishing	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Net rental/royalty	$ _____	_____
☐ Retirement accounts	$ _____	_____	☐ Other income Type _____	$ _____	_____

Will the amount of money from other income stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, explain: _____

Deductions: If *Person 4* pays for certain things that can be deducted on a federal income tax return, check all that apply and give the amount and how often *Person 4* pays. This information can be found on the Adjusted Gross Income section of *Person 4's* Federal 1040 form. **NOTE:** You shouldn't include a cost that you already considered in your answer to net self-employment.

		How often?			How often?
☐ Alimony paid	$ _____	_____	☐ Other deductions Type _____	$ _____	_____
☐ Student loan interest	$ _____	_____			

Step 2. Person 5

Complete Step 2 for your spouse or partner and children who live with you and anyone on your same federal income tax return if you file one. See Page 1 for more information about who to include. If you don't file a tax return, remember to still add family members who live with you.

First name, middle name, last name, and suffix		Relationship to you?
Date of birth (mm/dd/yyyy)	Sex: ☐ Male ☐ Female	Social Security Number (SSN)

We need your SSN if you want health coverage and have a SSN. Providing your SSN can be helpful if you don't want health coverage too since it can speed up the application process.

☐ Yes ☐ No Does *Person 5* live at the same address as you? **If no**, list address: _____

Does *Person 5* plan to file a federal income tax return THIS YEAR?

(You can still apply for health insurance even if you don't file a federal income tax return.)

☐ Yes. **If yes**, please answer questions 1-3. ☐ No. **If no**, skip to question 3.

☐ Yes ☐ No 1. Will *Person 5* file jointly with a spouse? **If yes**, name of spouse: _____

☐ Yes ☐ No 2. Will *Person 5* claim any dependents on *Person 5's* tax return? **If yes**, list names of dependents: _____

☐ Yes ☐ No 3. Will *Person 5* be claimed as a dependent on someone's tax return? **If yes**, list the name of the tax filer: _____

How is *Person 5* related to the tax filer? _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 5* pregnant? **If yes**, how many babies are expected during this pregnancy? _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 5* currently incarcerated?

☐ Yes ☐ No Is *Person 5* currently assigned to a work release program? **If yes**, what is the start date? _____

Does *Person 5* need health coverage?

(Even if they have insurance, there might be a program with better coverage or lower costs.)

☐ Yes. **If yes**, answer all the questions below. ☐ No. **If no**, skip to the income questions on page 11. Leave the rest of this page blank.

☐ Yes ☐ No Does *Person 5* have a physical, mental, or emotional health condition that causes limitations in activities (like bathing, dressing, daily chores, etc.) or live in a medical facility or nursing home?

☐ Yes ☐ No Is *Person 5* a U.S. citizen or U.S. national?

☐ Yes ☐ No If *Person 5* isn't a U.S. citizen or U.S. national, does *Person 5* have eligible immigration status? **If yes**, fill in their document type and ID number below.

Document type: _____ Document ID number: _____

☐ Yes ☐ No Has *Person 5* lived in the U.S. since before August 22, 1996?

☐ Yes ☐ No Is *Person 5* or their spouse or parent an honorably discharged veteran or an active-duty member in the U.S. military?

☐ Yes ☐ No Is *Person 5* a resident of Iowa?

☐ Yes ☐ No Does *Person 5* want help paying for medical bills from the last three months?

☐ Yes ☐ No Is *Person 5* an adult who is a main person taking care of a child under the age of 19 living in the home?

☐ Yes ☐ No Was *Person 5* in foster care at age 18 or older?

☐ Yes ☐ No If *Person 5* is under age 19, do you want help with child support?

Please answer the following questions if *Person 5* is 22 or younger:

☐ Yes ☐ No Did *Person 5* have insurance through a job and lose it within the past three months?

If yes, end date: _____ Reason insurance ended: _____

☐ Yes ☐ No Is *Person 5* a full-time student?

The following ethnicity and race questions are optional. Check all that apply.

If Hispanic or Latino, ethnicity:

- ☐ Mexican
- ☐ Mexican American
- ☐ Chicano/a
- ☐ Puerto Rican
- ☐ Cuban
- ☐ Other: _____

Race:

- ☐ White
- ☐ Black or African American
- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian Indian
- ☐ Chinese
- ☐ Filipino
- ☐ Japanese
- ☐ Korean
- ☐ Vietnamese
- ☐ Other Asian
- ☐ Native Hawaiian
- ☐ Guamanian or Chamorro
- ☐ Samoan
- ☐ Other Pacific Islander
- ☐ Other: _____

Current Job and Income Information: You must tell us about the income of the people in your household. If someone has more than one job, tell us about all jobs. If you leave a space blank, we will assume that you have no income of this kind.

- ☐ **Employed.** If you're currently employed, tell us about your income. Start with **Current Job 1**.
- ☐ **Not employed.** Skip to the **Other Income This Month** section.
- ☐ **Self-employed.** Skip to the **Self-Employment** section.

Current Job 1:

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each month:

Current Job 2: If you have more jobs and need more space, attach another sheet of paper.

Employer name and address				Employer phone number
Wages and tips (before taxes) $	☐ Hourly ☐ Twice a month	☐ Weekly ☐ Monthly	☐ Every 2 weeks ☐ Yearly	Average hours worked each month:

Will the amount of money from jobs stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, explain: _____

In the past three months, did *Person 5*:

☐ Change jobs ☐ Stop working ☐ Start working fewer hours ☐ None of these

Self-Employment: If self-employed, answer the following questions.

Type of work _____

How much net income (profits once business expenses are paid) will you get from this self-employment this month? $

Will the amount of monthly income from self-employment stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, how much do you expect to average over a 12 month period? $ _____

Other Income This Month: Check all that apply, and give the amount and how often you get it. **NOTE:** You don't need to tell us about child support, veteran's payment, or Supplemental Security Income (SSI).

☐ None

		How often?			How often?
☐ Unemployment	$ _____	_____	☐ Alimony received	$ _____	_____
☐ Pensions	$ _____	_____	☐ Net farming/fishing	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Net rental/royalty	$ _____	_____
☐ Retirement accounts	$ _____	_____	☐ Other income Type _____	$ _____	_____

Will the amount of money from other income stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, explain: _____

Deductions: If *Person 5* pays for certain things that can be deducted on a federal income tax return, check all that apply and give the amount and how often *Person 5* pays. This information can be found on the Adjusted Gross Income section of *Person 5's* Federal 1040 form. **NOTE:** You shouldn't include a cost that you already considered in your answer to net self-employment.

		How often?			How often?
☐ Alimony paid	$ _____	_____	☐ Other deductions	$ _____	_____
☐ Student loan interest	$ _____	_____	Type _____		

Step 3. American Indian or Alaska Native (AI/AN) Family Members

American Indians and Alaska Natives can get services from the Indian Health Services, tribal health programs, or urban Indian health programs. They also may not have to pay cost sharing and may get special monthly enrollment periods. Answer the following questions to make sure your family gets the most help possible.

NOTE: If you have more people to include, make a copy of this page and attach.

☐ Yes ☐ No Are you or is anyone in your family an American Indian or Alaska Native?
If yes, fill in the information below. **If no**, skip to Step 4.

AI/AN Person 1:	**AI/AN Person 2:**
Name (first, middle, last)	Name (first, middle, last)

AI/AN Person 1:		**AI/AN Person 2:**
☐ Yes ☐ No	Member of a federally recognized tribe? **If yes**, tribe name:	☐ Yes ☐ No
☐ Yes ☐ No	Has this person ever gotten a service from the Indian Health Service, a tribal health program, or urban Indian health program or through a referral from one of these programs?	☐ Yes ☐ No
☐ Yes ☐ No	**If no**, is this person eligible to get any of these services?	☐ Yes ☐ No
$ How often?	Certain money received may not be counted for Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP). List any income (amount and how often) reported on your application that includes money from these sources:	$ How often?

- Per capita payments from a tribe that come from natural resources, usage rights, leases, or royalties.
- Payments from natural resources, farming, ranching, fishing, leases, or royalties from land designated as Indian trust land by the Department of Interior (including reservations and former reservations).
- Money from selling things that have cultural significance.

Step 4. Your Family's Health Coverage

Answer these questions for anyone who needs health coverage.

☐ Yes ☐ No Is anyone enrolled in health coverage now from the following? **If yes**, check the type of coverage and write the persons' names next to the coverage they have.

- ☐ Medicaid _____
- ☐ CHIP _____
- ☐ Medicare _____
- ☐ TRICARE (Don't check if you have direct care or Line of Duty) _____
- ☐ VA health care programs _____
- ☐ Peace Corps _____
- ☐ Employer Insurance
  - Name of health insurance _____
  - Policy number _____
  - Is this COBRA coverage? ☐ Yes ☐ No
  - Is this a retiree health plan? ☐ Yes ☐ No
- ☐ Other
  - Name of health insurance _____
  - Policy number _____
  - Is this a limited-benefit plan (like a school accident policy?) ☐ Yes ☐ No

☐ Yes ☐ No Has anyone moved in or out of your home in the past three months? **If yes**, answer the following questions.

Name _____

Date of birth (mm/dd/yyyy) _____

Social Security Number (SSN) _____

Relationship to you? _____

Date moved in? _____

Date moved out? _____

☐ Yes ☐ No Is anyone listed on this application offered health coverage from a job? Check yes even if the coverage is from someone else's job, such as a parent or spouse.

If yes, answer the following question and the questions in Step 5.

If no, skip to Step 6.

☐ Yes ☐ No Is this a state employee benefit plan?

Step 5. Health Coverage from Jobs

You **don't** need to answer these questions unless someone in the household is eligible for health coverage from a job. Attach a copy of this page for each job that offers coverage. Tell us about the **job** that offers coverage.

Employee Information. The **employee** needs to fill out this section.

Employee name (first, middle, last)	Social security number

Employer Information. Ask the **employer** for this information.

Employer name	Employer identification number (EIN)	
Employer address (the Marketplace will send notices to this address)	Employer phone number	
City	State	ZIP code
Who can we contact about employee health coverage at this job?		
Phone number (if difference from above)	Email address	

☐ Yes ☐ No Are you currently eligible for coverage offered by this employer, or will you become eligible in the next three months? **If yes**, fill out the information below. **If no**, skip to Step 6.

If you're in a waiting or probationary period, when can you enroll in coverage?

_____

List the names of anyone else who is eligible for coverage from this job.

_____

Health Plan. Tell us about the **health plan** offered by this employer.

☐ Yes ☐ No Does the employer offer a health plan that covers an employee's spouse or dependent?

If yes, which people? ☐ Spouse ☐ Dependents

☐ Yes ☐ No Does the employer offer a health plan that meets the minimum value standard*****?

For the lowest-cost plan that meets the minimum value standard***** offered **only to the employee** (don't include family plans):

If the employer has wellness programs, provide the premium that the employee would pay if the employee received the maximum discount for any tobacco cessation programs, and did not receive any other discounts based on wellness programs.

How much would the employee have to pay in premiums for this plan? $ _____

How often? ☐ Weekly ☐ Every two weeks ☐ Twice a month ☐ Once a month ☐ Quarterly ☐ Yearly

***** An employer-sponsored health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs. (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)

Employer Changes. What change will the employer make for the new plan year (if known)?

☐ Employer won't offer health coverage

☐ Employer will start offering health coverage to employees or change the premium for the lowest-cost plan available only to the employee that meets the minimum value standard. (Premium should reflect discount for wellness programs.)

How much will the employee have to pay in premiums for that plan? $ _____

How often? ☐ Weekly ☐ Every two weeks ☐ Twice a month ☐ Quarterly ☐ Yearly

Date of change: _____

Step 6. Assistance with Completing this Application

You can choose an authorized representative.

You can give a trusted person permission to talk about this application with us, see your information, and act for you on matters related to this application, including getting information about your application and signing your application on your behalf. This person is called an "authorized representative." If you ever need to change your authorized representative, let us know. If you're a legally appointed representative for someone on this application, submit proof with the application.

Name of authorized representative (first name, middle name, last name)		
Address		Apartment or suite number
City	State	ZIP code
Phone number		
Organization name		ID number (if applicable)

By signing, you allow this person to sign your application, get official information about this application, and act for you on all future matters with this agency.

NOTE: Your signature here does not complete the application. You **must** sign and date on page 17 to complete this application.

Your signature	Date (mm/dd/yyyy)

For certified application counselors, navigators, agents, and brokers only.

Complete this section if you're a certified application counselor, navigator, agent, or broker filing out this application for somebody else.

Application start date (mm/dd/yyyy)	
First name, middle name, last name, and suffix	
Organization name	ID number (if applicable)

Step 7. Read and Sign this Application

- By signing this application, you give your permission for DHS to share your medical and other health care records with federal and state officials.
- By signing this application, you give your permission for your medical provider to share:
  - Your medical history with an HMO, PHP, or other managed care provider.
  - Information with IME Medical Services Unit to certify a medical need for certain Medical Assistance programs or services.

    I agree to assign medical payments from a third party to the Medicaid agency for myself and others who are eligible for Medicaid for whom I legally can assign benefits. I also agree to cooperate in obtaining medical payments for third parties.
- By signing this application, I certify under penalty of perjury and false swearing that my answers are correct and complete to the best of my knowledge, including information provided about the citizenship or alien status for each household member applying for benefits. I know I may be subject to penalties under federal law if I provide false or untrue information.
- I know that I must tell the Income Maintenance Call Center if anything changes (and is different than) what I wrote on this application. I can call **1-877-347-5678** to report any changes. I understand that a change in my information could affect the eligibility for members of my household.
- I know that under federal law, discrimination isn't permitted on the basis of race, color, national origin, sex, age, sexual orientation, gender identity, or disability. I can file a complaint of discrimination by visiting www.hhs.gov/ocr/office/file.
- I know that I can access my Rights and Responsibilities online at http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm233.pdf or I may call the DHS Contact Center at **1-855-889-7985**.

We need this information to check your eligibility for help paying for health coverage if you choose to apply. We'll check your answers using information in our electronic databases and databases from the Internal Revenue Service (IRS), Social Security Administration, the Department of Homeland Security, or a consumer reporting agency. If the information doesn't match, we may ask you to send us proof.

If anyone on this application is eligible for Medicaid

- I am giving to the Medicaid agency our rights to pursue and get any money from other health insurance, legal settlements, or other third parties. I am also giving to the Medicaid agency rights to pursue and get medical support from a spouse or parent.
- Does any child on this application have a parent living outside the home? ☐ Yes ☐ No
- If yes, I know I will be asked to cooperate with the agency that collects medical support from an absent parent. If I think that cooperating to collect medical support will harm me or my children, I can tell Medicaid and I may not have to cooperate.

My right to appeal

You, or the person helping you, may request an appeal hearing if you do not agree with any action taken on your case. You must appeal in writing. To appeal in writing do **one** of the following:

- Fill out an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

You can represent yourself. Or, you can have a friend, relative, lawyer or someone else act on your behalf.

You may contact your county DHS office about legal services. You may have to pay for these legal services. If you do, your payment will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at (800) 532-1275. If you live in Polk County, call (515) 243-1193.

Renewal of coverage in future years

To make it easier to determine eligibility for health coverage in future years, your income data, including information from tax returns, can be verified electronically. You can also change your mind and not allow the Department of Human Services to check this information.

Do you want this information to be verified in the future and used to automatically renew your eligibility?

☐ Yes, renew my eligibility automatically.

How long? ☐ 5 years ☐ 4 years ☐ 3 years ☐ 2 years ☐ 1 year

☐ No, don't use my information from tax returns to renew my coverage.

Estate Recovery

Federal law requires Iowa to have an estate recovery program. If you get Medicaid, you may be subject to estate recovery. This means any Medicaid funds used to pay for your healthcare, including the monthly fee paid to a Managed Care Organization (MCO), will need to be paid back from your estate after your death. Estate recovery applies if you get Medicaid and are:

- Age 55 or older, or
- Are under age 55 and live in a medical facility and cannot reasonably be expected to return home.

For more information, call the Iowa Medicaid Estate Recovery Program at 1-877-463-7887 or go online to http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123.pdf (English) or http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123S.pdf (Spanish).

Sign this application

The person who filled out Step 1 should sign this application. If you're an authorized representative, you may sign here as long as you have provided the information required in Step 6.

I agree to allow my information to be used and retrieved from data sources for this application. I have consent for all people I will list on the application that allows their information to be retrieved and used from data sources for this application.

I declare under penalty of perjury under the laws of the United States of America that the information contained in this statement of facts is true, correct, and complete.

Signature	Date (mm/dd/yyyy)

Step 8. Mail the Completed Application

Mail your signed application to:

Imaging Center 4
PO Box 2027
Cedar Rapids, Iowa 52406

If you want to register to vote, you can complete a voter registration form at:
http://sos.iowa.gov/elections/pdf/voteapp.pdf

Addendum to Application and Review Forms for Release of Information

OPTIONAL Release of Information

Help Us Help You!

You do not have to sign this, but it will help us get information we need to help you, without having to get your signature on specific requests.

You should know that:

- We may need more information to decide if you can get assistance.
- If more information is needed from you, you will get a letter telling you what we need and the date you must get it to us.
- You are responsible to get the information or to ask us for help to get it.
- If you do not give us the information or ask for help by the due date, your application may be denied or your assistance may stop.
- We may be able to use the release below to get the information we need. **But you still have to provide information we request or ask us for help.**
- We may attach a copy of this release to a form that asks other people or organizations (like your employer) for specific information needed about you or others in your household.

Print and sign your name below to give us permission to get needed information.

RELEASE OF INFORMATION

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.

A copy of this release is as valid as the original.

This release does not apply to protected health information.

This release is good for 12 months from the date signed.

_____	_____
Your Name (please print clearly)	Other Adult Name (please print clearly)
_____	_____
Signature or Mark	Signature or Mark
_____	
Date	

Iowa Department of Human Services

Application for Health Coverage and Help Paying Costs

(Solicitud de cobertura médica y asistencia para abonar el costo)

Utilice este formulario para averiguar el tipo de cobertura para el que califica

- Planes de seguro médico privado y accesible que ofrecen cobertura médica integral
- Nuevo crédito fiscal que le ayudará a abonar las primas de la cobertura médica de inmediato
- Seguro gratuito o a bajo costo de Medicaid o del programa de seguro médico para niños (*Children's Health Insurance Program*, CHIP)

Puede calificar para el programa gratuito o a bajo costo aunque gane $94,000 por año (para una familia de 4 personas).

¿Quiénes pueden utilizar este formulario de solicitud?

- Utilice este formulario para solicitar cobertura médica para toda su familia.
- Presente la solicitud aunque usted y sus hijos ya tengan cobertura médica. Podría calificar para cobertura gratuita o más barata.
- Las familias que incluyan inmigrantes pueden presentar la solicitud. Puede solicitar cobertura para sus hijos aunque usted no califique para recibirla. La presentación de la solicitud no afectará su condición inmigratoria, ni su posibilidad de convertirse en residente permanente o de conseguir la ciudadanía.
- En el caso de que otra persona le ayude a completar este formulario, la misma tendrá que completar la Sección 6.

Presente la solicitud más rápido por Internet

Presente la solicitud más rápido ingresando a: dhsservices.iowa.gov.

Qué necesita para presentar la solicitud

- Números de Social Security (o los números de los documentos de los inmigrantes legales que necesiten seguro)
- Datos de los empleadores e ingresos de todos los integrantes de su grupo familiar (por ejemplo: recibos de sueldo, formularios W-2 o declaraciones salariales e impositivas)
- Números de las pólizas actuales de seguro médico
- Información sobre cualquier tipo de seguro médico laboral que su familia tenga a su disposición

¿Por qué le solicitamos estos datos?

Le preguntamos sobre sus ingresos y otros datos para poder informarle para qué cobertura califica y si puede recibir asistencia para pagarla. **Toda la información que nos entregue será confidencial y reservada, como exige la ley.**

¿Qué debe hacer después?

Envíe la solicitud completa y firmada al domicilio que figura en la página 17. **En el caso de no tener toda la información que le solicitamos, firme y presente su solicitud de todos modos.** Nos comunicaremos con usted dentro de los próximos 30 días para darle instrucciones sobre los pasos a seguir. Recibirá instrucciones sobre los pasos a seguir para completar su cobertura médica. Si no recibe noticias dentro de los próximos 30 diás, llame al Centro de Atención de DHS al teléfono **1-855-889-7985**. Completar esta solicitud no significa que tendrá obligación de contratar la cobertura de seguro médico.

Consiga ayuda para completar la solicitud

- **Internet:** dhsservices.iowa.gov
- **Por teléfono:** Llame a nuestro centro de ayuda al **1-855-889-7985**.
- **Personalmente:** Es posible que en su área de residencia haya asesores que pueden ayudarle. Visite nuestra página de Internet o llame al **1-855-889-7985** para obtener más información.
- **En Español:** Llame sin costo a nuestro centro de asistencia al **1-855-889-7985**.
- Si necesita ayuda en otro idioma, llame al **1-855-889-7985** y dígale al representante de atención al cliente qué idioma necesita. Le conseguiremos un intérprete sin costo.
- Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-735-2942**.

Sección 1. Infórmenos sobre usted.

Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto para la solicitud.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo			
Domicilio residencial (Si deja el espacio en blanco porque no tiene, debe darnos un domicilio postal debajo.)			Nº. de departamento o habitación
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal (si es diferente al domicilio residencial)			Nº. de departamento o habitación
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Teléfono		Otro teléfono	
¿Desea recibir información por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No Dirección de correo electrónico:			
Idioma oral o escrito preferido (que no sea inglés)			

Sección 2. Infórmenos sobre su familia.

¿A quién debe incluir en la solicitud?

Infórmenos sobre todos los familiares que viven con usted. Si presenta declaraciones impositivas, debemos saber qué personas figuran en su declaración de ingresos. (No es obligación presentar declaraciones impositivas para conseguir cobertura médica.)

DEBE incluir a:

- Usted
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con Ud.
- Su concubino/a que necesita cobertura médica
- Su pareja de hecho (no casados) que vive con usted si tienen un hijo o hijos en común
- Todas las personas que figuran en su declaración de ingresos, aunque no vivan con usted
- Los menores de 21 años que estén a su cargo y vivan con usted

NO ES NECESARIO que incluya a:

- Su pareja que vive con usted y no necesita seguro médico, a menos que tengan hijos en común
- Los hijos de su concubino/a
- Sus padres que viven con usted pero presentan su propia declaración de ingresos (si usted es menor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de ingresos

El monto de la asistencia o el tipo de programa dependerá de la cantidad de personas en su familia y sus ingresos. Estos datos nos ayudan a garantizar que todas las personas reciban la mejor cobertura posible.

Complete la Sección 2 para cada persona de su familia. Comience con usted y después agregue a los adultos y a los niños. Si en su familia hay más de cinco personas, tendrá que fotocopiar las páginas y adjuntarlas. No es necesario que informe la condición inmigratoria o los números de Social Security (SSN) de los familiares que no necesitan cobertura médica. Toda la información que nos entregue será confidencial y reservada como lo exige la ley. Utilizaremos sus datos personales solo para confirmar que califica para cobertura médica.

Sección 2. Persona 1 (comience con usted)

Complete la Sección 2 con sus datos, los de su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted? **YO**
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN. Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud. Utilizamos los SSN para verificar los ingresos y otros datos con el fin de averiguar quién califica para recibir asistencia para abonar el costo de la cobertura médica. Si alguien necesita ayuda para conseguir el SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite www.socialsecurity.gov/. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

¿Va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente la declaración impositiva de ingresos.)

☐ Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3. ☐ No. **Si respondió no**, continúe con la pregunta 3.

☐ Sí ☐ No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge? **Si respondió sí**, nombre del cónyuge: _____

☐ Sí ☐ No 2. ¿Declarará personas dependientes? **Si respondió sí**, indique sus nombres: _____

☐ Sí ☐ No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, indique el nombre del contribuyente: _____

¿Cuál es su relación con el contribuyente? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? ¿Cuál es la fecha probable del parto? _____

☐ Sí ☐ No ¿Se encuentra en prisión actualmente?

☐ Sí ☐ No ¿Se encuentra asignado/a a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: _____

¿Necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

☐ Sí. **Responda las siguientes preguntas**. ☐ No. **Si respondió que no**, deje en blanco el resto de esta página y continúe en la página 3.

☐ Sí ☐ No ¿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 ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

☐ Sí ☐ No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible? **Si respondió Sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: _____ Nº. de Doc. de Identidad: _____

☐ Sí ☐ No ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

☐ Sí ☐ No ¿Usted, su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

☐ Sí ☐ No ¿Es residente de Iowa?

☐ Sí ☐ No ¿Desea asistencia para pagar facturas médicas de los últimos tres meses?

☐ Sí ☐ No ¿Es usted una persona adulta que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

☐ Sí ☐ No ¿Es estudiante de tiempo completo?

☐ Sí ☐ No ¿Vivía en un hogar sustituto cuando tenía 18 años de edad o más?

☐ Sí ☐ No Si usted tiene menos de 19 años de edad, ¿desea ayuda para conseguir manutención de menores?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

Si es hispano/a o latino/a etnia:

- ☐ Mexicano/a
- ☐ Mexicano/a estadounidense
- ☐ Chicano/a
- ☐ Puertorriqueño/a
- ☐ Cubano/a
- ☐ Otra: _____

Raza:

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- ☐ India asiática
- ☐ China
- ☐ Filipina
- ☐ Japonesa
- ☐ Coreana
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otras razas asiáticas
- ☐ Nativa de Hawái
- ☐ Guameña o Chamorro
- ☐ Samoana
- ☐ Otras razas de islas del Pacífico
- ☐ Otra: _____

Información sobre empleo actual e ingresos: Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- ☐ **Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- ☐ **Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- ☐ **Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

Empleo actual 1:

Nombre y domicilio del empleador				Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

Empleo actual 2: Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador				Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

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

Si respondió no, explique _____

Durante los últimos tres meses, ¿usted:

☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Trabajó menos horas ☐ Ninguno de los anteriores

Empleo autónomo: Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo _____

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? $ _____

¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?

☐ Sí ☐ No

Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? $ _____

Otros ingresos recibidos este mes: Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income* (SSI).

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Ninguno					
☐ Desempleo	$ _____	_____	☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____
☐ Jubilaciones	$ _____	_____	☐ Neto cultivos/pesca	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Neto rentas/regalías	$ _____	_____
☐ Planes de retiro	$ _____	_____	☐ Otros ingresos	$ _____	_____
			Tipo _____		

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual? ☐ Sí ☐ No

Si respondió no, explique _____

Descuentos: Si paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____	☐ Otros descuentos	$ _____	_____
☐ Intereses préstamos estudiantes	$ _____	_____	Tipo _____		

Sección 2. Persona 2

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN. Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

☐ Sí ☐ No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio: _____

¿La *Persona 2* va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

☐ Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3. ☐ No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

☐ Sí ☐ No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge? **Si respondió que sí**, nombre del cónyuge: _____

☐ Sí ☐ No 2. ¿Declarará personas dependientes? **Si respondió sí**, indique sus nombres: _____

☐ Sí ☐ No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente: _____

¿Cuál es la relación de la *Persona 2* con el contribuyente? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? _____

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 2* se encuentra en prisión actualmente?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 2* se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: _____

¿La *Persona 2* necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

☐ Sí. Responda las siguientes preguntas. ☐ No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 5.

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

☐ Sí ☐ No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

☐ Sí ☐ No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: _____ Nº. de Doc. de Identidad: _____

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 2* ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 2* o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

☐ Sí ☐ No ¿Es residente de Iowa?

☐ Sí ☐ No ¿Desea asistencia para pagar facturas médicas de los últimos tres meses?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 2* es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

☐ Sí ☐ No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

☐ Sí ☐ No Si la *Persona 2* tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

Responda las siguientes preguntas si la *Persona 2* tiene 22 años o menos:

☐ Sí ☐ No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?

Si respondió si, fecha: _____ Motivo: _____

☐ Sí ☐ No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

Si es hispano/a o latino/a etnia:

- ☐ Mexicano/a
- ☐ Mexicano/a estadounidense
- ☐ Chicano/a
- ☐ Puertorriqueño/a
- ☐ Cubano/a
- ☐ Otra: _____

Raza:

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- ☐ India asiática
- ☐ China
- ☐ Filipina
- ☐ Japonesa
- ☐ Coreana
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otras razas asiáticas
- ☐ Nativa de Hawái
- ☐ Guameña o Chamorro
- ☐ Samoana
- ☐ Otras razas de islas del Pacífico
- ☐ Otra: _____

Información sobre empleo actual e ingresos: Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- ☐ **Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- ☐ **Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- ☐ **Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

Empleo actual 1:

Nombre y domicilio del empleador				Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

Empleo actual 2: Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador				Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

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

Si respondió no, explique _____

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 2*:

☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Trabajó menos horas ☐ Ninguno de los anteriores

Empleo autónomo: Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo _____

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? $ _____

¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?

☐ Sí ☐ No

Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? $ _____

Otros ingresos recibidos este mes: Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income* (SSI).

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Ninguno					
☐ Desempleo	$ _____	_____	☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____
☐ Jubilaciones	$ _____	_____	☐ Neto cultivos/pesca	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Neto rentas/regalías	$ _____	_____
☐ Planes de retiro	$ _____	_____	☐ Otros ingresos	$ _____	_____
			Tipo _____		

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual? ☐ Sí ☐ No

Si respondió no, explique _____

Descuentos: Si la *Persona 2* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 2*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____	☐ Otros descuentos	$ _____	_____
☐ Intereses préstamos estudiantes	$ _____	_____	Tipo _____		

Sección 2. Persona 3

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN. Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

☐ Sí ☐ No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio: _____

¿La *Persona 3* va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

☐ Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3. ☐ No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

☐ Sí ☐ No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge? **Si respondió que sí**, nombre del cónyuge: _____

☐ Sí ☐ No 2. ¿Declarará personas dependientes? **Si respondió sí**, indique sus nombres: _____

☐ Sí ☐ No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente: _____

¿Cuál es la relación de la *Persona 3* con el contribuyente? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? _____

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 3* se encuentra en prisión actualmente?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 3* se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: _____

¿La *Persona 3* necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

☐ Sí. Responda las siguientes preguntas. ☐ No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 7.

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

☐ Sí ☐ No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

☐ Sí ☐ No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: _____ Nº. de Doc. de Identidad: _____

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 3* ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 3* o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

☐ Sí ☐ No ¿Es residente de Iowa?

☐ Sí ☐ No ¿Desea asistencia para pagar facturas médicas de los últimos tres meses?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 3* es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

☐ Sí ☐ No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

☐ Sí ☐ No Si la *Persona 3* tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

Responda las siguientes preguntas si la *Persona 3* tiene 22 años o menos:

☐ Sí ☐ No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?

Si respondió si, fecha: _____ Motivo: _____

☐ Sí ☐ No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

Si es hispano/a o latino/a etnia:

- ☐ Mexicano/a
- ☐ Mexicano/a estadounidense
- ☐ Chicano/a
- ☐ Puertorriqueño/a
- ☐ Cubano/a
- ☐ Otra: _____

Raza:

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- ☐ India asiática
- ☐ China
- ☐ Filipina
- ☐ Japonesa
- ☐ Coreana
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otras razas asiáticas
- ☐ Nativa de Hawái
- ☐ Guameña o Chamorro
- ☐ Samoana
- ☐ Otras razas de islas del Pacífico
- ☐ Otra: _____

Información sobre empleo actual e ingresos: Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- ☐ **Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- ☐ **Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- ☐ **Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

Empleo actual 1:

Nombre y domicilio del empleador				Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

Empleo actual 2: Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador				Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

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

Si respondió no, explique _____

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 3*:

☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Trabajó menos horas ☐ Ninguno de los anteriores

Empleo autónomo: Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo _____

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? $ _____

¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?

☐ Sí ☐ No

Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? $ _____

Otros ingresos recibidos este mes: Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income* (SSI).

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Ninguno					
☐ Desempleo	$ _____	_____	☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____
☐ Jubilaciones	$ _____	_____	☐ Neto cultivos/pesca	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Neto rentas/regalías	$ _____	_____
☐ Planes de retiro	$ _____	_____	☐ Otros ingresos	$ _____	_____
			Tipo _____		

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual? ☐ Sí ☐ No

Si respondió no, explique _____

Descuentos: Si la *Persona 3* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 3*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____	☐ Otros descuentos	$ _____	_____
☐ Intereses préstamos estudiantes	$ _____	_____	Tipo _____		

Sección 2. Persona 4

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN. Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

☐ Sí ☐ No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio: _____

¿La *Persona 4* va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

☐ Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3. ☐ No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

☐ Sí ☐ No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge? **Si respondió que sí**, nombre del cónyuge: _____

☐ Sí ☐ No 2. ¿Declarará personas dependientes? **Si respondió sí**, indique sus nombres: _____

☐ Sí ☐ No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente: _____

¿Cuál es la relación de la *Persona 4* con el contribuyente? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? _____

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 4* se encuentra en prisión actualmente?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 4* se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: _____

¿La *Persona 4* necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

☐ Sí. Responda las siguientes preguntas. ☐ No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 9.

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

☐ Sí ☐ No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

☐ Sí ☐ No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: _____ Nº. de Doc. de Identidad: _____

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 4* ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 4* o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

☐ Sí ☐ No ¿Es residente de Iowa?

☐ Sí ☐ No ¿Desea asistencia para pagar facturas médicas de los últimos tres meses?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 4* es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

☐ Sí ☐ No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

☐ Sí ☐ No Si la *Persona 4* tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

Responda las siguientes preguntas si la *Persona 4* tiene 22 años o menos:

☐ Sí ☐ No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?

Si respondió si, fecha: _____ Motivo: _____

☐ Sí ☐ No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

Si es hispano/a o latino/a etnia:

- ☐ Mexicano/a
- ☐ Mexicano/a estadounidense
- ☐ Chicano/a
- ☐ Puertorriqueño/a
- ☐ Cubano/a
- ☐ Otra: _____

Raza:

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- ☐ India asiática
- ☐ China
- ☐ Filipina
- ☐ Japonesa
- ☐ Coreana
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otras razas asiáticas
- ☐ Nativa de Hawái
- ☐ Guameña o Chamorro
- ☐ Samoana
- ☐ Otras razas de islas del Pacífico
- ☐ Otra: _____

Información sobre empleo actual e ingresos: Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- ☐ **Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- ☐ **Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- ☐ **Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

Empleo actual 1:

Nombre y domicilio del empleador				Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

Empleo actual 2: Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador				Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

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

Si respondió no, explique _____

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 4*:

☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Trabajó menos horas ☐ Ninguno de los anteriores

Empleo autónomo: Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo _____

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? $ _____

¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?

☐ Sí ☐ No

Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? $ _____

Otros ingresos recibidos este mes: Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income* (SSI).

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Ninguno					
☐ Desempleo	$ _____	_____	☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____
☐ Jubilaciones	$ _____	_____	☐ Neto cultivos/pesca	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Neto rentas/regalías	$ _____	_____
☐ Planes de retiro	$ _____	_____	☐ Otros ingresos	$ _____	_____
			Tipo _____		

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual? ☐ Sí ☐ No

Si respondió no, explique _____

Descuentos: Si la *Persona 4* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 4*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____	☐ Otros descuentos	$ _____	_____
☐ Intereses préstamos estudiantes	$ _____	_____	Tipo _____		

Sección 2. Persona 5

Complete la Sección 2 para su cónyuge o concubino/a y los hijos que vivan con usted, y todas las personas que figuren en su declaración impositiva de ingresos, si corresponde. Vea a quién incluir en la página 1. Si no presenta declaraciones impositivas, recuerde que debe agregar a todos los familiares que viven con usted.

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo		¿Parentesco con usted?
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	Nº. de Social Security (SSN)

Necesitamos su SSN si desea cobertura médica y tiene SSN. Sería útil que informe su SSN aunque no desee solicitar cobertura médica, ya que podría acelerar el procesamiento de la solicitud.

☐ Sí ☐ No ¿Esta persona vive en el mismo domicilio que usted? **Si respondió no**, indique el domicilio: _____

¿La *Persona 5* va a presentar la declaración impositiva de ingresos ESTE AÑO?

(Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración impositiva de ingresos.)

☐ Sí. **Si respondió sí**, responda las preguntas 1-3. ☐ No. **Si respondió que no**, continúe con la pregunta 3.

☐ Sí ☐ No 1. ¿La presentará conjuntamente con su cónyuge? **Si respondió que sí**, nombre del cónyuge: _____

☐ Sí ☐ No 2. ¿Declarará personas dependientes? **Si respondió sí**, indique sus nombres: _____

☐ Sí ☐ No 3. ¿Figurará como dependiente en la declaración impositiva de otra persona? **Si respondió sí**, nombre del contribuyente: _____

¿Cuál es la relación de la *Persona 5* con el contribuyente? _____

☐ Sí ☐ No ¿Está embarazada? **Si respondió sí**, ¿cuántos bebés espera? _____

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 5* se encuentra en prisión actualmente?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 5* se encuentra asignada a un programa de libertad condicional para trabajar? **Si respondió "sí"**, fecha de inicio: _____

¿La *Persona 5* necesita cobertura médica?

(Aunque ya tenga seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o más barato.)

☐ Sí. Responda las siguientes preguntas. ☐ No. Si respondió que no, deje en blanco el resto de esta página y continúe con las preguntas de la página 11.

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

☐ Sí ☐ No ¿Tiene ciudadanía o nacionalidad estadounidense?

☐ Sí ☐ No Si respondió no a la pregunta anterior, ¿su condición inmigratoria es elegible? **Si respondió sí**, informe su tipo y número de documento de identidad.

Tipo de documento: _____ Nº. de Doc. de Identidad: _____

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 5* ha vivido en los Estados Unidos desde antes del 22 de agosto de 1996?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 5* o su cónyuge o sus padres son veteranos con baja honorable o están en servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

☐ Sí ☐ No ¿Es residente de Iowa?

☐ Sí ☐ No ¿Desea asistencia para pagar facturas médicas de los últimos tres meses?

☐ Sí ☐ No ¿La *Persona 5* es un adulto que tiene a su cargo a un menor de 19 años que vive en el hogar?

☐ Sí ☐ No ¿Vivió con una familia sustituta cuando tenía 18 años o más?

☐ Sí ☐ No Si la *Persona 5* tiene menos de 19 años de edad, ¿usted desea ayuda para conseguir manutención de menores?

Responda las siguientes preguntas si la *Persona 5* tiene 22 años o menos:

☐ Sí ☐ No ¿Tenía seguro a través de su empleo y lo perdió durante los últimos tres meses?

Si respondió si, fecha: _____ Motivo: _____

☐ Sí ☐ No ¿Es estudiante de tiempo completo?

Las siguientes preguntas sobre origen étnico y raza son optativas. Marque todas las que correspondan.

Si es hispano/a o latino/a etnia:

- ☐ Mexicano/a
- ☐ Mexicano/a estadounidense
- ☐ Chicano/a
- ☐ Puertorriqueño/a
- ☐ Cubano/a
- ☐ Otra: _____

Raza:

- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ Indígena estadounidense o nativa de Alaska
- ☐ India asiática
- ☐ China
- ☐ Filipina
- ☐ Japonesa
- ☐ Coreana
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otras razas asiáticas
- ☐ Nativa de Hawái
- ☐ Guameña o Chamorro
- ☐ Samoana
- ☐ Otras razas de islas del Pacífico
- ☐ Otra: _____

Información sobre empleo actual e ingresos: Debe informarnos sobre los ingresos de su grupo familiar. Si alguien tiene más de un empleo, infórmenos sobre todos los empleos. Si deja espacios en blanco, asumiremos que no tienen ingresos de ese tipo.

- ☐ **Empleado.** Si tiene empleo, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con **Empleo actual 1**.
- ☐ **Desempleado.** Vaya a la sección **Otros ingresos de este mes**.
- ☐ **Empleo autónomo.** Vaya a la sección **Empleo autónomo**.

Empleo actual 1:

Nombre y domicilio del empleador				Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

Empleo actual 2: Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre y domicilio del empleador				Teléfono del empleador
Salario y propinas (bruto) $	☐ Por hora ☐ 2 veces por mes	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente	☐ Cada 2 semanas ☐ Anualmente	Promedio de horas trabajadas por mes:

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

Si respondió no, explique _____

Durante los últimos tres meses, ¿la *Persona 5*:

☐ Cambió de empleo ☐ Dejó de trabajar ☐ Trabajó menos horas ☐ Ninguno de los anteriores

Empleo autónomo: Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas.

Tipo de trabajo _____

¿Cuál será su ingreso neto (ganancia después de pagar gastos comerciales) este mes? $ _____

¿El importe mensual de los ingresos por trabajo autónomo permanecerá más o menos igual?

☐ Sí ☐ No

Si respondió "no", ¿cuál es el promedio esperado en un período de 12 meses? $ _____

Otros ingresos recibidos este mes: Marque todos los que correspondan; informe el monto y la frecuencia. **NOTA:** No necesita informar sobre manutención, pagos a veteranos, ni *Supplemental Security Income* (SSI).

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Ninguno					
☐ Desempleo	$ _____	_____	☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____
☐ Jubilaciones	$ _____	_____	☐ Neto cultivos/pesca	$ _____	_____
☐ Social Security	$ _____	_____	☐ Neto rentas/regalías	$ _____	_____
☐ Planes de retiro	$ _____	_____	☐ Otros ingresos	$ _____	_____
			Tipo _____		

¿El monto del dinero proveniente de otros ingresos permanecerá más o menos igual? ☐ Sí ☐ No

Si respondió no, explique _____

Descuentos: Si la *Persona 5* paga ciertas cosas que pueden ser descontadas en la declaración impositiva federal, marque todas las que correspondan e informe el monto y la frecuencia del pago. Estos datos se encuentran en la sección *Ingreso bruto ajustado* del formulario federal 1040 de la *Persona 5*. **NOTA:** No debe incluir los gastos que ya descontó en el importe neto del empleo autónomo.

		Frecuencia			Frecuencia
☐ Pensión alimenticia	$ _____	_____	☐ Otros descuentos	$ _____	_____
☐ Intereses préstamos estudiantes	$ _____	_____	Tipo _____		

Sección 3. Miembros de la familia que son aborígenes estadounidenses o nativos de Alaska (AI/AN)

Los aborígenes estadounidenses y los nativos de Alaska pueden recibir atención médica de *Indian Health Services*, programas médicos tribales o de programas médicos urbanos para aborígenes. Además, es posible que no deban pagar costos compartidos y que puedan obtener períodos especiales de inscripción mensual. Responda las siguientes preguntas con el fin de que su familia reciba toda la asistencia posible.

NOTA: Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

☐ Sí ☐ No ¿Usted o alguien de su familia es aborigen estadounidense o nativo de Alaska?
Si respondió sí, complete los siguientes datos. **Si respondió no**, vaya a la Sección 4.

Persona 1 AI/AN:	**Persona 2 AI/AN:**
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Persona 1 AI/AN:			**Persona 2 AI/AN:**	
☐ Sí	☐ No	¿Es miembro de una tribu con reconocimiento federal? **Si respondió que sí**, nombre de la tribu:	☐ 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**, ¿es elegible para alguno de dichos servicios?	☐ Sí	☐ No
$		Determinados ingresos no son contabilizables para Medicaid o *Children's Health Insurance Program* (CHIP). Indique todos los ingresos (importe y frecuencia) informados en su solicitud que incluyan dinero de las siguientes fuentes:	$	
Frecuencia			Frecuencia	

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

Sección 4. La cobertura médica de su familia

Responda estas preguntas sobre todas las personas que necesiten cobertura médica.

☐ Sí ☐ No ¿Alguien está inscripto actualmente en cobertura médica de los siguientes programas? Si respondió si, marque el tipo de cobertura y escriba sus nombres al lado de la cobertura que tienen.

- ☐ Medicaid _____
- ☐ CHIP _____
- ☐ Medicare _____
- ☐ TRICARE (No marcar si tiene atención directa o en cumplimiento del deber) _____
- ☐ Programas para Veteranos _____
- ☐ Cuerpos de Paz _____
- ☐ Seguro del empleador
  - Nombre del seguro médico _____
  - Número de póliza _____
  - ¿Es cobertura COBRA? ☐ Sí ☐ No
  - ¿Es un plan médico para jubilados? ☐ Sí ☐ No
- ☐ Otra
  - Nombre del seguro médico _____
  - Número de póliza _____
  - ¿Es un plan de beneficios limitados (como una póliza por accidentes en una escuela)? ☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No ¿Alguien se mudó a su hogar o se fue de su hogar durante los últimos tres meses?
Si respondió que sí, responda las siguientes preguntas.

Nombre _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

N°. de Social Security (SSN) _____

¿Parentesco con usted? _____

Fecha en que se mudó: _____

Fecha en que se fue: _____

☐ Sí ☐ No ¿A alguna de las personas mencionadas en esta solicitud le ofrecieron cobertura médica en su empleo? Marque Sí aunque la cobertura provenga del empleo de otra persona, como sus padres o su cónyuge.

Si respondió sí, responda la siguiente pregunta y las preguntas de la Sección 5.

Si respondió no, continúe en la Sección 6.

☐ Sí ☐ No ¿Es un plan de beneficios para empleados estatales?

Sección 5. Cobertura médica a través de empleos

No es necesario responder estas preguntas a menos que algún miembro de la familia califique para cobertura médica en su empleo. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrezca cobertura. 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 (Las notificaciones se enviarán 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 respondió no**, siga en la Sección 6.

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

_____

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

_____

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

☐ Sí ☐ No ¿El plan médico cubre al cónyuge o a los dependientes del empleado?
Si respondió sí, ¿a quién cubre? ☐ Cónyuge ☐ Dependientes

☐ Sí ☐ No ¿El empleador ofrece un plan médico que cumple con la norma de valor mínimo*****?

En el caso del plan de menor costo que cumpla con la norma de valor mínimo***** ofrecido **al empleado solamente** (no incluir planes familiares):

Si el empleador tiene programas de bienestar, informe la prima que el empleado tendría que pagar en el caso de recibir el descuento máximo para programas para dejar de fumar y no recibiera otros descuentos basados en programas de bienestar.

¿Cuánto tendría que pagar el empleado por las primas de ese plan? $ _____

¿Con qué frecuencia? ☐ Por semana ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Una vez por mes ☐ Por trimestre ☐ Por año

***** Un plan médico laboral cumple con "la norma de valor mínimo" si la proporción del costo total de las prestaciones cubiertas por el plan no es inferior al 60% de dicho costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código Tributario (*Internal Revenue Code*) de 1986)

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

☐ El empleador no ofrecerá cobertura médica

☐ El empleador comenzará a ofrecer cobertura médica a los empleados o modificará la prima para el plan de menor costo sólo para los empleados que cumplan con la norma de valor mínimo. (La prima debe reflejar el descuento por los programas de salud.)

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

Frecuencia ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Trimestral ☐ Anual

Fecha del cambio: _____

Sección 6. Ayuda para completar este formulario de solicitud

Puede elegir a un representante autorizado.

Puede darle permiso a una persona de su confianza para que hable con nosotros sobre esta solicitud, vea sus datos y actúe como su representante en los asuntos relacionados con esta solicitud, incluso para conseguir información sobre su solicitud y firmarla en su nombre. A dicha persona la llamamos "representante autorizado". Avísenos si alguna vez necesita cambiar a su representante autorizado. Si usted representa legalmente a alguna de las personas que figuran en esta solicitud, presente el comprobante junto con la solicitud.

Nombre del representante autorizado (primer nombre, segundo nombre, apellido)		
Domicilio		Nº de departamento o habitación
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		
Nombre de la organización		Nº. de ID (si corresponde)

Por medio de su firma, autoriza a esta persona a firmar su solicitud, a obtener información oficial sobre esta solicitud y a actuar en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia.

NOTA: Su firma aquí no significa que ha terminado de completar la solicitud. **Debe** firmar y escribir la fecha en la página 17 para completar la solicitud.

Su firma	Fecha (mm/dd/aaaa)

Solo para asesores, navegadores, agentes y corredores acreditados.

Complete esta sección si usted es un asesor, navegador, agente o corredor acreditado para completar esta solicitud en representación de otra persona.

Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo	
Nombre de la organización	Nº. de ID (si corresponde)

Sección 7. Lea y firme este formulario de solicitud

- Al firmar esta solicitud, usted autoriza a DHS a compartir sus registros médicos y otros documentos sobre atención médica con funcionarios federales y estatales.
- Al firmar esta solicitud, usted autoriza a su prestador de servicios médicos a compartir:
  - Su historia clínica con una HMO, PHP u otros prestadores de atención médica gestionada.
  - Información con la unidad de servicios médicos IME con el fin de certificar la necesidad de tratamiento médico para ciertos programas y servicios de asistencia médica.

    Acepto asignar pagos realizados por terceros a Medicaid en mi nombre y en el de otras personas que sean elegibles para Medicaid y para quienes estoy legalmente autorizado a asignar beneficios. Además, acepto cooperar para obtener pagos de terceros para servicios médicos.
- 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 inmigratoria de cada uno de los integrantes de mi grupo familiar para los que solicito beneficios. Es de mi conocimiento que en el caso de presentar información falsa o ficticia estaré sujeto a sanciones bajo la ley federal.
- Es de mi conocimiento que debo informar al centro telefónico de *Income Maintenance* si algo cambia y es diferente a lo que escribí en esta solicitud. Debo llamar al **1-877-347-5678** para informar dichos cambios. Entiendo que dichos cambios podrían afectar la elegibilidad de los integrantes de mi grupo familiar.
- Es de mi conocimiento que, conforme a la ley federal, se prohíbe cualquier tipo de discriminación con respecto a raza, color, país de origen, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género y discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Entiendo que puedo descargar mis Derechos y Responsabilidades por Internet en http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm233S.pdf o que puedo llamar al centro de contactos de DHS al **1-855-889-7985**.

Necesitamos estos datos para verificar su elegibilidad para recibir asistencia con el fin de abonar la cobertura médica si decide solicitarla. Verificaremos sus respuestas utilizando nuestras bases de datos informáticos y las bases de datos de *Internal Revenue Service* (IRS), *Social Security Administration*, *Department of Homeland Security*, y de otras agencias que suministran informes crediticios. En el caso de que los datos no coincidan, le pediremos que nos envíe comprobantes.

En el caso de que alguna de las personas mencionadas en esta solicitud califique para Medicaid

- Le cedo a la agencia Medicaid nuestro derecho a reclamar y recibir dinero de otros seguros médicos, acuerdos judiciales y terceros. Además, le cedo a la agencia Medicaid el derecho a reclamar y conseguir manutención de cónyuges o progenitores para atención médica.
- ¿Alguno de los padres de los niños mencionados no viven en el mismo hogar? ☐ Sí ☐ No
- Si la respuesta anterior es afirmativa, es de mi conocimiento que me pedirán que coopere con la agencia encargada de cobrarle manutención para atención médica al padre ausente. En el caso de creer que eso me perjudicaría a mí y a mis hijos, puedo informárselo a Medicaid y no tendría que cooperar.

Mi derecho a apelar

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

- Complete el formulario de 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 el 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, IA 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 que actúe en su representación.

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

Renovación de la cobertura en los años sucesivos

Podemos verificar electrónicamente los datos sobre sus ingresos y sus declaraciones impositivas con el fin de facilitar la determinación de su elegibilidad para cobertura médica en el futuro. Además, puede cambiar de opinión y no dar su autorización para que Department of Human Services verifique dichos datos.

¿Desea que sus datos sean verificados y utilizados para renovar su elegibilidad automáticamente en el futuro?

☐ Sí, autorizo que mi elegibilidad sea renovada automáticamente.

¿Por cuánto tiempo? ☐ 5 años ☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2 años ☐ 1 año

☐ No, no autorizo que se utilice información de mis declaraciones impositivas para renovar mi cobertura.

Programa de cobro a través del patrimonio sucesorio (*Estate Recovery*)

La ley federal dispone que Iowa debe tener un programa de cobro a través del patrimonio sucesorio. Si recibe Medicaid, puede estar sujeto a cobro a través de su patrimonio. Esto quiere decir que los fondos de Medicaid que se utilizaron para pagar su atención médica, incluso las cuotas mensuales que se pagaron a una organización de atención médica administrada (MCO), deberán ser reintegrados con sus bienes después de su fallecimiento. El cobro a través del patrimonio sucesorio es aplicable si recibe Medicaid y si:

- Tiene 55 años de edad o más, o
- Es menor de 55 años, vive en una institución médica y es muy probable que no pueda regresar a su hogar.

Para obtener más información, llame al Programa *Estate Recovery* de Iowa Medicaid al 1-877-463-7887, o por Internet: http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123.pdf (En inglés) o http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm123S.pdf (En español).

Firme esta solicitud

La persona que completó la Sección 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre y cuando haya completado la Sección 6.

Acepto y autorizo que mis datos personales sean utilizados y recuperados de fuentes de datos con el fin de tramitar mi solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas que nombraré en la solicitud para que sus datos personales sean utilizados y recuperados de fuentes de datos con el fin de tramitar esta solicitud.

Certifico bajo pena de cometer perjurio conforme a las leyes de los Estados Unidos de Norteamérica que la información contenida en esta declaración de hechos es verdadera, correcta y completa.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)

Sección 8. Envíe la solicitud por correo

Envíe la solicitud firmada por correo a:

Imaging Center 4
PO Box 2027
Cedar Rapids, Iowa 52406

Si desea registrarse para votar, puede completar el formulario de registro en:
http://sos.iowa.gov/elections/pdf/voteapp.pdf

Addendum to Application and Review Forms for Release of Information

(Adenda de los Formularios de Solicitud y Revisión para Divulgación de Información)

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 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 del mismo 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.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
(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)	

Iowa Department of Human Services

Case Activity Report

Complete this form when a Medicaid applicant or member enters or leaves your facility, and when a resident of your facility applies for Medicaid. See the back of this form for instructions.

1. Member Data

Name		Date Entered Facility
Social Security Number	State ID	Case Number

2. Facility Data

Provider Number/NPI Number	Facility Type: ☐ Nursing facility ☐ Skilled nursing facility ☐ Swingbed ☐ ICF/ID ☐ PMIC ☐ Hospice ☐ PACE ☐ RCF ☐ MHI	
Name		DHS Per Diem
Street Address	City	State Zip
Signature of Person Completing Form		Date Completed
Contact Name		Contact Phone Number

3. Level of Care

This information is determined by IME Medical Services Unit, Medicare or by a managed care contractor. For clarification, PMIC must indicate if this is PMIC mental health or PMIC substance abuse. Do not complete this section for hospice.

Level of Care	Level of Care Process: ☐ IME Medical Services ☐ Medicare ☐ Managed care ☐ Utilization Board ☐ Out-of-state skilled preapproval	Effective Date

4. Medicare Information for either Skilled Patients or Hospice Patients in Facilities

If there is any change in this coverage, please notify the county DHS office.

Do you expect this stay to be covered by Medicare? ☐ No ☐ Yes, see dates:	Expected dates of Medicare coverage _____ through _____

5. Discharge Data

Date of Discharge _____ Last Month in Facility (for residents who transfer to another facility or level of care): _____ Days in facility _____ Reserve bed days _____ Non-covered days _____ Total billing days on claim to fiscal agent	Reason for Discharge ☐ Died ☐ Hospital stay (less than 10 days, form is not required) ☐ Transferred to another facility Name _____ Level of care, if known _____ ☐ Moved to new living arrangement Address, if available _____

If you have any questions, please contact IME Provider Services, 1-800-338-7909, locally 515-256-4609, or by email at imeproviderservices@dhs.state.ia.us.

Instructions for Preparing the Case Activity Report:

- When a current resident applies for Medicaid, complete sections 1, 2, and 3. Enter the resident's first name, middle initial, and last name as they appear on the *Medical Assistance Eligibility Card*. The state ID number is assigned by the Iowa Department of Human Services and consists of seven digits plus one letter, e.g. 1100234G.
- When a Medicaid applicant or member enters the facility or changes level of care, complete sections 1, 2, and 3 and, if applicable, section 4.
- When there is Medicare coverage and the Medicaid rate is higher than the Medicare rate, complete sections 1, 2, and 4.
- When a Medicaid applicant or member dies or is discharged, complete sections 1, 2, and 5.
- This form must be completed within two business days of the action.
- The administrator or designee responsible for the accuracy of this information should sign in section 2.

Distribution Instructions for NFs, Hospice, Community ICF/IDs, SNFs, and Swingbed:

Mail, email or fax a copy to the DHS Centralized Facility Eligibility Unit. Keep a copy.

Centralized Facility Eligibility Unit
Imaging Center 1
Iowa Department of Human Services
417 E. Kanesville Blvd.
Council Bluffs, IA 51503-4470
Fax: 515-564-4040 email: facilities@dhs.state.ia.us

Note: Form 470-2618, *Election of Medicaid Hospice Benefit*, must accompany this *Case Activity Report* for hospice patients.

Distribution Instructions for PMICs:

Mail, email or fax a copy to the DHS Centralized Facility Eligibility Unit. Keep a copy.

Centralized Facility Eligibility Unit – PMIC
Imaging Center 1
Iowa Department of Human Services
417 E. Kanesville Blvd.
Council Bluffs, IA 51503-4470
Fax: 515-564-4040 email: CSAPMIC@dhs.state.ia.us

Distribution Instructions for PACE:

Email or fax a copy to the appropriate Imaging Center with an attention to your DHS IM. Keep a copy.

Western Service Area
Fax: 515-564-4014
Email: Imagingcenter1@dhs.state.ia.us

Northern Service Area
Fax: 515-564-4015
Email: Imagingcenter2@dhs.state.ia.us

Des Moines Service Area
Fax: 515-564-4018
Email: Imagingcenter5@dhs.state.ia.us

Cedar Rapids Service Area
Fax: 515-564-4017
Email: Imagingcenter4@dhs.state.ia.us

Distribution Instructions for RCFs, MHIs, and State Resource Centers:

Mail or fax a copy to your county DHS income maintenance worker. Keep a copy.

Residential care facilities (RCFs), mental health institutes (MHIs), and state resource centers shall mail or fax a copy to the local DHS income maintenance worker and keep a copy.

Psychiatric medical institutions for children (PMICs) shall mail, email or fax the form to the address below and keep a copy.

Centralized Facility Eligibility Unit – PMIC
Imaging Center 1
Iowa Department of Human Services
417 E. Kanesville Blvd.
Council Bluffs, IA 51503-4470

Fax: 515-564-4040 email: CSAPMIC@dhs.state.ia.us

Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) shall email or fax the form to the appropriate Imaging Center with an attention to your DHS IM worker. Keep a copy.

Western Service Area
Fax: 515-564-4014
Email: Imagingcenter1@dhs.state.ia.us

Northern Service Area
Fax: 515-564-4015
Email: Imagingcenter2@dhs.state.ia.us

Cedar Rapids Service Area
Fax: 515-564-4017
Email: Imagingcenter4@dhs.state.ia.us

Des Moines Service Area
Fax: 515-564-4018
Email: Imagingcenter5@dhs.state.ia.us

Iowa Department of Human Services

Child Care Assistance Application

Tell Us About the People in Your Home

If both parents/step-parents or caretakers are in the home, include information for both.

Parent/step-parent or caretaker name	Birth Date	Social Security Number (optional)	Phone ( )	
Parent/step-parent or caretaker name	Birth Date	Social Security Number (optional)	Phone ( )	
Street		City	State	Zip

If needed, when is the best time to call?_____

Please answer the following questions about yourself and the other parent or caretaker if they are in the home.

Are you, or the other parent in the home, on active duty in the military? ❑ Yes ❑ No

In a national guard or reserve unit? ❑ Yes ❑ No

If yes, who? _____

Do any of the following living arrangements apply to your family?

Do you live in a: Motel, car or campsite? ❑ Yes ❑ No

Shelter or other temporary housing?

House or apartment, with friends or family members (shared housing)?

List all children needing child care. If you need more space, please use another piece of paper and attach it to this.

Special Needs Yes/No	Name (First, Last)	Relationship to you	Birth Date	Social Security Number (optional)	Sex	Name of School District	Ethnicity	Race	Citizen Yes/No	If Alien, Status

We have to ask the ethnicity and race of each child, but you don't have to answer. Your answer will not affect your eligibility for child care. If you answer, use the following coding:

Ethnicity: (choose one)	**Race: (choose all that apply)**	
H = Hispanic or Latino	W = White	I = American Indian or Alaska Native
N = Not Hispanic or Latino	B = Black or African American	N = Native Hawaiian or other Pacific Islander
	A = Asian	

Will a child not in school start school in the fall? If yes, who?_____

If you have a child with special needs, attach a statement from your doctor or the professional who made the diagnosis to verify special needs.

List all other people living in your home.

Name	Relationship to you	Date of Birth

List anyone who is not in the home due to being deployed in the military:_____

List anyone in the home who is in or expecting to go to jail or prison:_____

Information About Your Child Care Needs

Parent/Guardian:			**Parent/Guardian:**		
Do you need child care while you work?	❑ Yes	❑ No	Do you need child care while you work?	❑ Yes	❑ No
List the start and end times of the days you work. *(If your schedule varies, give an example of your typical work week.)*			List the start and end times of the days you work. *(If your schedule varies, give an example of your typical work week.)*		
	Start	End		Start	End
Sunday			Sunday		
Monday			Monday		
Tuesday			Tuesday		
Wednesday			Wednesday		
Thursday			Thursday		
Friday			Friday		
Saturday			Saturday		
Do your daily hours vary?	❑ Yes	❑ No	Do your daily hours vary?	❑ Yes	❑ No
Do your work days vary?	❑ Yes	❑ No	Do your work days vary?	❑ Yes	❑ No
How many hours do you work each week?			How many hours do you work each week?		
How many days do you work each week?			How many days do you work each week?		
How many hours do you work each day?			How many hours do you work each day?		

In order to determine your need for child care assistance, attach your pay stubs from the last 30 days or a letter from your employer stating your wage and hours.

Do you need child care while you attend school? ❑ Yes ❑ No Are you a full-time student? ❑ Yes ❑ No Do you have a bachelor's degree? ❑ Yes ❑ No Enrolled in graduate school? ❑ Yes ❑ No	Do you need child care while you attend school? ❑ Yes ❑ No Are you a full-time student? ❑ Yes ❑ No Do you have a bachelor's degree? ❑ Yes ❑ No Enrolled in graduate school? ❑ Yes ❑ No
School name:	School name:
Date school starts:	Date school starts:
If you are a student, attach a copy of your class schedule.	
Do you need child care to look for a job? ❑ Yes ❑ No	Do you need child care to look for a job? ❑ Yes ❑ No
Date you will start your job search?	Date you will start your job search?
How many days will you search each week?	How many days will you search each week?

How long does it take for you to get from your child's provider to work or school?_____

Monthly Family Income

Send proof – Send all pay stubs or proof of income for the last 30 days.
For proof of tips, send pay stubs showing tips, employer's statement, or your tip records. For new jobs, send proof showing first pay date, hourly rate, and weekly number of hours. If job stopped, send proof of the date of the last pay.

List your family income below. You must tell us about all money the people in your household get. If you leave a space blank, we will take that to mean there is no money of this kind. Please use an additional sheet of paper, if needed. If you are not the parent/step-parent of the child needing care, list only the child's income.

List all jobs the people in your household have.

Who Works?	Employer Name and Phone Number?	How Much is this Person Paid Per Hour?	How Often is this Person Paid?	Does this Person Get Tips?
		$_____	❑ Weekly ❑ Every 2 weeks ❑ Twice a month ❑ Monthly ❑ Other (explain) _____	❑ Yes, Weekly amount $_____ ❑ No

List all jobs the people in your household have.

Who Works?	Employer Name and Phone Number?	How Much is this Person Paid Per Hour?	How Often is this Person Paid?	Does this Person Get Tips?
		$_____	❑ Weekly ❑ Every 2 weeks ❑ Twice a month ❑ Monthly ❑ Other (explain) _____	❑ Yes, Weekly amount $_____ ❑ No
		$_____	❑ Weekly ❑ Every 2 weeks ❑ Twice a month ❑ Monthly ❑ Other (explain) _____	❑ Yes, Weekly amount $_____ ❑ No

Will the amount of money you reported from jobs stay about the same? ❑ Yes ❑ No

If no, explain _____

Has anyone been hired for a job but not received a paycheck yet? ❑ Yes ❑ No

If yes, who?_____ Employer Name?_____

What Other Money Do People in Your Household Get?	Who Gets the Money?	How Much Per Month?
Self-Employment or Odd Jobs		
Unemployment or Worker's Compensation		
Social Security or SSI		
Veterans Benefits, Pensions or Retirement		
Child Support or Alimony		
Money from Friends or Relatives		
Other: (Including irregular or one time payments) Explain:		

Will the amount of other money people in your household get stay about the same? ❑ Yes ❑ No

If no, explain _____

Are you receiving Food Assistance, FIP, or medical assistance? ❑ Yes ❑ No

Resources (Assets)

Assets are things like homes, cars, campers, stocks and bonds, or cash.

Do you have less than one million dollars in assets? ❑ Yes ❑ No

Child Care Provider Information

Provider 1 Name		Phone ( )	
Street	City	State	Zip

Will this provider watch your children in your own home? ❑ Yes ❑ No

List the children who will be cared for by this provider:_____

Provider 2 Name		Phone ( )	
Street	City	State	Zip

Will this provider watch your children in your own home? ❑ Yes ❑ No

List the children who will be cared for by this provider:_____

Is this a backup provider? ❑ Yes ❑ No
(A backup only cares for your children when your usual provider is not available.)

Provider 3 Name		Phone ( )	
Street	City	State	Zip

Will this provider watch your children in your own home? ❑ Yes ❑ No

List the children who will be cared for by this provider:_____

Is this a backup provider? ❑ Yes ❑ No
(A backup only cares for your children when your usual provider is not available.)

Signature

I certify, under penalty of perjury, that:

- The answers I am about to give are correct and complete to the best of my knowledge.
- My answer about citizenship or alien status of each person applying for assistance is correct.

Signature	Date
Email address	

You Have the Right to Appeal

You, or the person helping you, may request a hearing if you do not agree with any action taken on your case. To appeal in writing do **one** of the following:

- Fill out an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

You can represent yourself. Or, you can have a friend, relative, lawyer or someone else act on your behalf. You may contact your county DHS office about legal services.

You may have to pay for these legal services. If you do, your payment will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at (800) 532-1275. If you live in Polk County, call (515) 243-1193.

You Will Not Be Discriminated Against

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status. If you feel DHS has discriminated against or harassed you, you can send a letter of complaint to:

Iowa Department of Human Services, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 or via email contactdhs@dhs.state.ia.us

Things You Need to Know

Within 10 days of the date the change happens, you must tell DHS about changes, such as:

- Income, including a change in your hourly rate and when income starts or stops
- Work hours
- Mailing or living address
- Class schedule
- Someone moving in or out of the house
- Change in child care provider

We ask for social security numbers, but you don't have to provide them. Eligibility cannot be denied for failure to provide social security numbers. If provided, social security numbers may be used to verify income and need for assistance or for statistical purposes.

The Quality Control unit or Investigations unit may review your case. They may contact other people or organizations to get proof of your information. By signing this application, you give permission to release confidential information to the Quality Control unit or Investigations unit. You must cooperate with them to keep your benefits.

If you receive any Child Care Assistance benefits in error, you will have to pay back those benefits.

OPTIONAL Release of Information

Help Us Help You!

You do not have to sign this, but it will help us get information we need to help you, without having to get your signature on specific requests.

You should know that:

- We may need more information to decide if you can get assistance.
- If more information is needed from you, you will get a letter telling you what we need and the date you must get it to us.
- You are responsible to get the information or to ask us for help to get it.
- If you do not give us the information or ask for help by the due date, your application may be denied or your assistance may stop.
- We may be able to use the release below to get the information we need. **But you still have to provide information we request or ask us for help.**
- We may attach a copy of this release to a form that asks other people or organizations (like your employer) for specific information needed about you or others in your household.

Print and sign your name below to give us permission to get needed information.

RELEASE OF INFORMATION

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.

A copy of this release is as valid as the original.

This release does not apply to protected health information.

This release is good for 12 months from the date signed.

_____	_____
Your Name (please print clearly)	Other Adult Name (please print clearly)
_____	_____
Signature or Mark	Signature or Mark
_____	
Date	

Iowa Department of Human Services

Child Care Assistance Application
(Solicitud de Subsidio para el Cuidado de Niños)

Información sobre las personas que viven en su hogar

Si ambos padres/padrastros o tutores se encuentran en el hogar, incluya los datos de los dos.

Nombre del padre/padrastro o tutor	Fecha de nacimiento	Nº. de Seguridad Social (opcional)	Teléfono ( )	
Nombre de la madre/madrastra o tutora	Fecha de nacimiento	Nº. de Seguridad Social (opcional)	Teléfono ( )	
Calle		Ciudad	Estado	Código postal

En caso de ser necesario, ¿cuál es el mejor horario para llamar?_____

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre usted y el otro progenitor si vive en el hogar.

¿Usted o el otro progenitor en el hogar están en servicio activo en las Fuerzas Armadas? ❑ Sí ❑ No

¿En una unidad de la guardia nacional o de la reserva? ❑ Sí ❑ No

Si respondió sí, ¿quién?_____

¿Alguno de los siguientes tipos de alojamiento es aplicable a su familia?

¿Vive en un motel, un automóvil o un campamento? ❑ Sí ❑ No

¿En un albergue u otro tipo de vivienda temporal?

¿En una casa o un departamento, con amigos o familiares (vivienda compartida)?

Consigne los datos de todos los niños que necesitan servicios de cuidado infantil. Si necesita más espacio, utilice otra hoja de papel y adjúntela a ésta.

Necesidades especiales Sí/No	Primer nombre y apellido	Parentesco con usted	Fecha de nacimiento	Nº. del Seguro Social (opcional)	Sexo	Nombre del distrito escolar	Origen étnico	Raza	Ciudadano Sí/No	Si es extranjero, estado inmigratorio

Debemos formularle preguntas sobre el origen étnico y la raza de cada niño pero no tiene obligación de contestar. Su respuesta no afectará su elegibilidad para recibir el subsidio. En caso de responder, utilice los siguientes códigos:

Origen étnico:	**Raza: (Seleccione todas las opciones que correspondan)**	
H = Hispano o latino	W = Blanca	I = Persona indígena de los Estados Unidos o nativo de Alaska
N = No hispano ni latino	B = Negra o afroamericana	N = Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
	A = Asiática	

¿Alguno de los niños que no van a la escuela comenzarán a ir a la escuela en el otoño? En caso afirmativo, ¿quién?_____

Si tiene un hijo con necesidades especiales, adjunte el informe del médico o del profesional que hizo el diagnóstico como comprobante.

Consigne los datos de todas las demás personas que viven en su hogar.

Nombre	Parentesco con usted	Fecha de nacimiento

Nombre de aquellas personas que no se encuentran en el hogar porque están sirviendo en las fuerzas armadas:_____

Nombre de integrantes del grupo familiar que se encuentran en prisión o esperan ser encarcelados:

_____

Información sobre los servicios de cuidado infantil que necesita

Padre/Madre/Tutor:			**Padre/Madre/Tutor:**		
¿Necesita servicios de cuidado infantil mientras está trabajando?	❑ Sí	❑ No	¿Necesita servicios de cuidado infantil mientras está trabajando?	❑ Sí	❑ No
Indique su horario laboral en los días que trabaja. (*Si su horario varía, indique su horario durante una semana normal*.)			Indique su horario laboral en los días que trabaja. (*Si su horario varía, indique su horario durante una semana normal*.)		
	Comienza	Termina		Comienza	Termina
Domingo			Domingo		
Lunes			Lunes		
Martes			Martes		
Miércoles			Miércoles		
Jueves			Jueves		
Viernes			Viernes		
Sábado			Sábado		
¿Su horario diario varía?	❑ Sí	❑ No	¿Su horario diario varía?	❑ Sí	❑ No
¿Los días en que trabaja varían?	❑ Sí	❑ No	¿Los días en que trabaja varían?	❑ Sí	❑ No
¿Cuántas horas trabaja por semana?			¿Cuántas horas trabaja por semana?		
¿Cuántos días trabaja por semana?			¿Cuántos días trabaja por semana?		
¿Cuántas horas trabaja por día?			¿Cuántas horas trabaja por día?		

Para determinar su necesidad de asistencia para cuidado infantil, adjunte sus recibos de sueldo de los últimos 30 días o una carta de su empleador indicando su salario y las horas trabajadas.

¿Necesita cuidado infantil mientras asiste a la escuela? ❑ Sí ❑ No ¿Es estudiante de tiempo completo? ❑ Sí ❑ No ¿Tiene un título universitario? (*bachelor's degree*) ❑ Sí ❑ No ¿Está inscripto en una escuela de estudios de postgrado? ❑ Sí ❑ No	¿Necesita cuidado infantil mientras asiste a la escuela? ❑ Sí ❑ No ¿Es estudiante de tiempo completo? ❑ Sí ❑ No ¿Tiene un título universitario? (*bachelor's degree*) ❑ Sí ❑ No ¿Está inscripto en una escuela de estudios de postgrado? ❑ Sí ❑ No
Nombre de la escuela:	Nombre de la escuela:
Fecha de inicio de clases:	Fecha de inicio de clases:
En el caso de ser estudiante, adjunte su horario de clases.	
¿Necesita cuidado infantil para buscar empleo? ❑ Sí ❑ No	¿Necesita cuidado infantil para buscar empleo? ❑ Sí ❑ No
Fecha en que comenzará a buscar empleo.	Fecha en que comenzará a buscar empleo.
¿Cuántos días por semana buscará empleo?	¿Cuántos días por semana buscará empleo?

¿Cuánto tiempo le toma ir de la guardería a su trabajo o a la escuela?_____

Ingreso familiar mensual

Envíe comprobantes – Envíe todos los recibos de sueldo o comprobantes de ingresos de los últimos 30 días. En el caso de recibir propinas, envíe recibos de sueldo que incluya propinas, declaración de su empleador o sus registros de propinas. En el caso de tener un nuevo empleo, envíe un comprobante donde se indique la fecha del primer pago, la tarifa por hora y la cantidad de horas por semana. Si se quedó sin empleo, envíe comprobante de la fecha del último pago.

Indique sus ingresos familiares en la siguiente tabla. Debe informarnos sobre todo el dinero que recibe su grupo familiar. Si deja espacios en blanco, entenderemos que no reciben dinero de ese tipo. Adjunte otra hoja de ser necesario. Si usted no es el padre/padrastro o la madre/madrastra del niño que necesita cuidado, indique los ingresos del niño solamente.

Indique todos los empleos que tienen los integrantes de su grupo familiar.

¿Quién trabaja?	Nombre y teléfono del empleador	¿Cuánto gana por hora?	¿Con qué frecuencia le pagan?	¿Recibe propinas?
		$_____	❑ Semanalmente ❑ Cada 2 semanas ❑ Dos veces por mes ❑ Mensualmente ❑ Otro (explique) _____	❑ Sí, Importe semanal $_____ ❑ No

Indique todos los empleos que tienen los integrantes de su grupo familiar.

¿Quién trabaja?	Nombre y teléfono del empleador	¿Cuánto gana por hora?	¿Con qué frecuencia le pagan?	¿Recibe propinas?
		$_____	❑ Semanalmente ❑ Cada 2 semanas ❑ Dos veces por mes ❑ Mensualmente ❑ Otro (explique) _____	❑ Sí, Importe semanal $_____ ❑ No
		$_____	❑ Semanalmente ❑ Cada 2 semanas ❑ Dos veces por mes ❑ Mensualmente ❑ Otro (explique) _____	❑ Sí, Importe semanal $_____ ❑ No

¿El importe informado permanecerá más o menos igual? ❑ Sí ❑ No

Si respondió no, explique_____

¿Algún miembro de la familia ha conseguido empleo pero todavía no ha cobrado? ❑ Sí ❑ No

Si respondió sí, ¿quién?_____ Nombre del empleador:_____

¿Qué otro dinero recibe su grupo familiar?	¿Quién lo recibe?	Importe mensual
Trabajo autónomo o trabajos esporádicos		
Desempleo o *Worker's Compensation*		
Social Security o SSI		
Beneficios jubilatorios o para veteranos		
Manutención por hijos o pensión		
Dinero de amigos o parientes		
Otro: (Incluya pagos únicos o irregulares) Explique:		

¿El importe que su familia recibe por estos conceptos permanecerá igual? ❑ Sí ❑ No

Si respondió no, explique_____

¿Reciben *Food Assistance* (alimentos), FIP o asistencia médica? ❑ Sí ❑ No

Recursos (Bienes)

Los bienes son cosas como casas, autos, acciones y bonos, o dinero en efectivo.

¿Tiene menos de un millón de dólares en bienes? ❑ Sí ❑ No

Información sobre el prestador de cuidado infantil

Nombre del prestador 1		Teléfono ( )	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

¿Esta persona cuidará a sus hijos en su propio hogar? ❑ Sí ❑ No

Nombres de los niños que cuidará:_____

Nombre del prestador 2		Teléfono ( )	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

¿Esta persona cuidará a sus hijos en su propio hogar? ❑ Sí ❑ No

Nombres de los niños que cuidará:_____

¿Esta persona actuará como niñera suplente? ❑ Sí ❑ No
(Un suplente cuida a los niños cuando la niñera habitual no está disponible.)

Nombre del prestador 3		Teléfono ( )	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

¿Esta persona cuidará a sus hijos en su propio hogar? ❑ Sí ❑ No

Nombres de los niños que cuidará:_____

¿Esta persona actuará como niñera suplente? ❑ Sí ❑ No
(Un suplente cuida a los niños cuando la niñera habitual no está disponible.)

Firma

Certifico, bajo pena de cometer perjurio, que:

- La información dada anteriormente es verdadera y completa a mi leal saber y entender.
- Mi respuesta sobre la ciudadanía o el estado inmigratorio de cada una de las personas que solicitan asistencia es correcta.

Firma	Fecha
Correo electrónico	

Tiene derecho a apelar

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

- Complete el formulario electrónico de apelación 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 de DHS.

Puede representarse usted mismo o ser representado por un amigo, un pariente, 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 (800) 532-1275. Si reside en el Condado de Polk, deberá llamar al 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, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E. Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 o por correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

Cosas que debe saber

Debe informarle a DHS sobre los siguientes cambios en un plazo de 10 días contados a partir de la fecha del mismo:

- Ingresos, incluso cambios en la tarifa por hora y cuando los ingresos comiencen y finalicen
- Horario laboral
- Dirección postal o residencial
- Horario de clases
- Alguien que se muda a su casa o se va de ella
- Cambio de prestador de cuidado infantil

Pedimos los números del seguro social, pero no tiene obligación de entregarlos. No le denegaremos la elegibilidad si no los entrega. Si lo hace, podríamos utilizar su número del seguro social para verificar sus ingresos y su necesidad de asistencia o con propósitos estadísticos.

La unidad de Control de Calidad o la unidad de Investigaciones podrían revisar su caso y comunicarse con otras personas u organizaciones para verificar sus datos. Al firmar este formulario, nos da autorización para divulgar información confidencial a las unidades de Control de Calidad o de Investigaciones. Debe cooperar con ellos para conservar sus beneficios.

En el caso de recibir Asistencia para Cuidado Infantil por error, tendrá que reintegrarla.

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 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 del mismo 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.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
(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)	

Iowa Department of Human Services

Child Care Assistance Review

Date

Case Number

Worker Name

Worker Phone No.

Instructions

It is time to review your eligibility for Child Care. Please fill out this form and return it with the following information:

- Proof of your family's gross income and work hours for the past 30 days.
- If you are attending school, a copy of your official school schedule.

If this information is not returned to the office listed above by , your child care assistance will end on .

If you have questions about this form or your review, please call the worker listed at the top of this form. **Please remember to sign this review form.**

Information About Your Family

List all the people who live in your home, including yourself.

Need child care? Yes/No	Special needs? Yes/No	Name (First, Last)	Relationship to you	Sex	Birth Date	Social Security Number (Optional)	Citizen Yes/No	If alien, status?	Name of School District
			Self						

Tell us if your mailing or living address changed from the address shown above:

Mailing Address			Living Address		
City	State	Zip	City	State	Zip
Phone Number			Other Phone Number		

Please answer the following questions about yourself and the other parent or caretaker if they are in the home.

Are you, or the other parent in the home, on active duty in the military? ❑ Yes ❑ No

In a national guard or reserve unit? ❑ Yes ❑ No

If yes, who? _____

Do any of the following living arrangements apply to your family?

Do you live in a: Motel, car or campsite? ❑ Yes ❑ No

Shelter or other temporary housing?

House or apartment, with friends or family members (shared housing)?

Information About Your Child Care Needs

Parent/Guardian:			**Parent/Guardian:**		
Do you need child care while you work? ❑ Yes ❑ No			Do you need child care while you work? ❑ Yes ❑ No		
List the start and end times of the days you work. *(If your schedule varies, give an example of your typical work week.)*			List the start and end times of the days you work. *(If your schedule varies, give an example of your typical work week.)*		
	Start	End		Start	End
Sunday			Sunday		
Monday			Monday		
Tuesday			Tuesday		
Wednesday			Wednesday		
Thursday			Thursday		
Friday			Friday		
Saturday			Saturday		
Do your daily hours vary? ❑ Yes ❑ No			Do your daily hours vary? ❑ Yes ❑ No		
Do your work days vary? ❑ Yes ❑ No			Do your work days vary? ❑ Yes ❑ No		
How many hours do you work each week?			How many hours do you work each week?		
How many days do you work each week?			How many days do you work each week?		
How many hours do you work each day?			How many hours do you work each day?		

In order to determine your need for child care assistance, attach your pay stubs from the last 30 days or a letter from your employer stating your wage and hours.

Do you need child care while you attend school? ❑ Yes ❑ No Are you a full-time student? ❑ Yes ❑ No Do you have a bachelor's degree? ❑ Yes ❑ No Enrolled in graduate school? ❑ Yes ❑ No	Do you need child care while you attend school? ❑ Yes ❑ No Are you a full-time student? ❑ Yes ❑ No Do you have a bachelor's degree? ❑ Yes ❑ No Enrolled in graduate school? ❑ Yes ❑ No
School name:	School name:
If you are a student, attach a copy of your class schedule.	
Do you need child care to look for a job? ❑ Yes ❑ No	Do you need child care to look for a job? ❑ Yes ❑ No
When will your job search start?	When will your job search start?
How many days will you search each week?	How many days will you search each week?
Is either parent temporarily unable to work, attend training, or care for the children due to a medical condition? ❑ Yes ❑ No Name of parent:_____	

How long does it take for you to get from your child's provider to work or school?_____

Monthly Family Income

Send proof – Send all pay stubs or proof of income for the last 30 days.
For proof of tips, send pay stubs showing tips, employer's statement, or your tip records. For new jobs, send proof showing first pay date, hourly rate, and weekly number of hours. If job stopped, send proof of the date of the last pay.

List your family income below. You must tell us about all money the people in your household get. If you leave a space blank, we will take that to mean there is no money of this kind. Please use an additional sheet of paper, if needed. If you are not the parent/step-parent of the child needing care, list only the child's income.

List all jobs the people in your household have.

Who Works?	Employer Name and Phone Number?	How Much is this Person Paid Per Hour?	How Often is this Person Paid?	Does this Person Get Tips?
		$_____	❑ Weekly ❑ Every 2 weeks ❑ Twice a month ❑ Monthly ❑ Other (explain) _____	❑ Yes, Weekly amount $_____ ❑ No

List all jobs the people in your household have.

Who Works?	Employer Name and Phone Number?	How Much is this Person Paid Per Hour?	How Often is this Person Paid?	Does this Person Get Tips?
		$_____	❑ Weekly ❑ Every 2 weeks ❑ Twice a month ❑ Monthly ❑ Other (explain) _____	❑ Yes, Weekly amount $_____ ❑ No
		$_____	❑ Weekly ❑ Every 2 weeks ❑ Twice a month ❑ Monthly ❑ Other (explain) _____	❑ Yes, Weekly amount $_____ ❑ No

Will the amount of money you reported from jobs stay about the same? ❑ Yes ❑ No

If no, explain _____

Has anyone been hired for a job but not received a paycheck yet? ❑ Yes ❑ No

If yes, who?_____ Employer Name?_____

Has anyone ended a job in the last 30 days? ❑ Yes ❑ No

If yes, who?_____ Employer Name?_____

What Other Money Do People in Your Household Get?	Who Gets the Money?	How Much Per Month?
Self-Employment or Odd Jobs		
Unemployment or Worker's Compensation		
Social Security or SSI		
Veterans Benefits, Pensions or Retirement		
Child Support or Alimony		
Money from Friends or Relatives		
Other: (Including irregular or one time payments) Explain:		

Will the amount of other money people in your household get stay about the same? ❑ Yes ❑ No

If no, explain _____

Are you receiving Food Assistance, FIP, or medical assistance? ❑ Yes ❑ No

Resources (Assets)

Assets are things like homes, cars, campers, stocks and bonds, or cash.

Do you have less than one million dollars in assets? ❑ Yes ❑ No

Child Care Provider Information

Please tell us about your child care provider.

Provider 1 Name		Phone ( )	
Street	City	State	Zip

Will this provider watch your children in your own home? ❑ Yes ❑ No

List the children who will be cared for by this provider:_____

If this is a new provider, tell us when you started using this provider:_____

Provider 2 Name		Phone ( )	
Street	City	State	Zip

Will this provider watch your children in your own home? ❑ Yes ❑ No

List the children who will be cared for by this provider:_____

If this is a new provider, tell us when you started using this provider:_____

Is this a backup provider? ❑ Yes ❑ No
(A backup only cares for your children when your usual provider is not available.)

Provider 3 Name		Phone ( )	
Street	City	State	Zip

Will this provider watch your children in your own home? ❑ Yes ❑ No

List the children who will be cared for by this provider:_____

If this is a new provider, tell us when you started using this provider:_____

Is this a backup provider? ❑ Yes ❑ No
(A backup only cares for your children when your usual provider is not available.)

Signature

Did you remember to attach your pay stubs and/or school schedule?

I certify, under penalty of perjury, that:

- The answers that I am about to give are correct and complete to the best of my knowledge.
- My answer about citizenship or alien status of each person applying for assistance is correct.

Signature	Phone Number	Today's Date
Email Address		

You Have the Right to Appeal

You, or the person helping you, may request an appeal hearing if you do not agree with any action taken on your case. For Food Assistance, you can appeal in person or by telephone. For all other programs, you must appeal in writing. To appeal in writing do **one** of the following:

- Fill out an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

You can represent yourself. Or, you can have a friend, relative, lawyer or someone else act on your behalf.

You may contact your county DHS office about legal services. You may have to pay for these legal services. If you do, your payment will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at (800) 532-1275. If you live in Polk County, call (515) 243-1193.

You Will Not Be Discriminated Against

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, you can send a letter of complaint to: Iowa Department of Human Services, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E Walnut, Des Moines IA 50319-0114 or via email contactdhs@dhs.state.ia.us

Things You Need to Know

Within 10 days of the date the change happens, you must tell DHS about changes, such as:

- Income, including a change in your hourly rate and when income starts or stops
- Work hours
- Mailing or living address
- Class schedule
- Someone moving in or out of the house
- Change in child care provider

We ask for social security numbers, but you don't have to provide them. Eligibility cannot be denied for failure to provide social security numbers. If provided, social security numbers may be used to verify income and need for assistance or for statistical purposes.

The Quality Control unit or Investigations unit may review your case. They may contact other people or organizations to get proof of your information. By signing this application, you give your permission to release confidential information to the Quality Control unit or Investigations unit. You must cooperate with them to keep your benefits.

If you receive any Child Care Assistance benefits in error, you will have to pay back those benefits.

OPTIONAL Release of Information

Help Us Help You!

You do not have to sign this, but it will help us get information we need to help you, without having to get your signature on specific requests.

You should know that:

- We may need more information to decide if you can get assistance.
- If more information is needed from you, you will get a letter telling you what we need and the date you must get it to us.
- You are responsible to get the information or to ask us for help to get it.
- If you do not give us the information or ask for help by the due date, your application may be denied or your assistance may stop.
- We may be able to use the release below to get the information we need. **But you still have to provide information we request or ask us for help.**
- We may attach a copy of this release to a form that asks other people or organizations (like your employer) for specific information needed about you or others in your household.

Print and sign your name below to give us permission to get needed information.

RELEASE OF INFORMATION

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.

A copy of this release is as valid as the original.

This release does not apply to protected health information.

This release is good for 12 months from the date signed.

_____	_____
Your Name (please print clearly)	Other Adult Name (please print clearly)
_____	_____
Signature or Mark	Signature or Mark
_____	
Date	

Iowa Department of Human Services

Child Care Assistance Review
(Revisión de Subsidio para Cuidado Infantil)

Fecha

Caso Nº

Nombre del asistente

Teléfono del asistente

Instrucciones

Es hora de revisar su elegibilidad para *Child Care* (Cuidado Infantil). Por favor, llene este formulario y devuélvalo con la siguiente información:

- Comprobantes de los ingresos brutos de su familia y las horas trabajadas durante los últimos 30 días.
- Si está asistiendo a la escuela, copia del horario escolar oficial.

Si esta información no es presentada en la oficina mencionada antes del , su asistencia para cuidado infantil finalizará el día .

Si desea hacer preguntas sobre este formulario o su revisión, por favor llame al asistente que figura en el encabezado. **No olvide firmar este formulario.**

Información sobre su familia

Nombre a todas las personas que viven en su hogar, incluyéndose.

¿Necesita cuidado infantil? Sí/No	¿Necesidades especiales? Sí/No	Nombre y apellido	Parentesco con usted	Sexo	Fecha de nacimiento	Nº del Seguro Social (opcional)	Ciudadano Si/No	Si es extranjero, estado inmigratorio	Nombre del distrito escolar
			Yo						

Infórmenos si su dirección postal o residencial es diferente de la que se indica anteriormente:

Dirección postal			Dirección residencial		
Ciudad	Estado	Cód. Postal	Ciudad	Estado	Cód. Postal
Teléfono			Otro teléfono		

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre usted y el otro progenitor si vive en el hogar.

¿Usted o el otro progenitor en el hogar están en servicio activo en las Fuerzas Armadas? ❑ Sí ❑ No

¿En una unidad de la guardia nacional o de la reserva? ❑ Sí ❑ No

Si respondió sí, ¿quién?_____

¿Alguno de los siguientes tipos de alojamiento es aplicable a su familia?

¿Vive en un motel, un automóvil o un campamento? ❑ Sí ❑ No

¿En un albergue u otro tipo de vivienda temporal?

¿En una casa o un departamento, con amigos o familiares (vivienda compartida)?

Información sobre los servicios de cuidado infantil que necesita

Padre/Madre/Tutor:			**Padre/Madre/Tutor:**		
¿Necesita servicios de cuidado infantil mientras está trabajando?	❑ Sí	❑ No	¿Necesita servicios de cuidado infantil mientras está trabajando?	❑ Sí	❑ No
Indique su horario laboral en los días que trabaja. (*Si su horario varía, indique su horario durante una semana normal*.)			Indique su horario laboral en los días que trabaja. (*Si su horario varía, indique su horario durante una semana normal*.)		
	Comienza	Termina		Comienza	Termina
Domingo			Domingo		
Lunes			Lunes		
Martes			Martes		
Miércoles			Miércoles		
Jueves			Jueves		
Viernes			Viernes		
Sábado			Sábado		
¿Su horario diario varía?	❑ Sí	❑ No	¿Su horario diario varía?	❑ Sí	❑ No
¿Los días en que trabaja varían?	❑ Sí	❑ No	¿Los días en que trabaja varían?	❑ Sí	❑ No
¿Cuántas horas trabaja por semana?			¿Cuántas horas trabaja por semana?		
¿Cuántos días trabaja por semana?			¿Cuántos días trabaja por semana?		
¿Cuántas horas trabaja por día?			¿Cuántas horas trabaja por día?		

Para determinar su necesidad de asistencia para cuidado infantil, adjunte sus recibos de sueldo de los últimos 30 días o una carta de su empleador indicando su salario y las horas trabajadas.

¿Necesita cuidado infantil mientras asiste a la escuela? ❑ Sí ❑ No	¿Necesita cuidado infantil mientras asiste a la escuela? ❑ Sí ❑ No
¿Es estudiante de tiempo completo? ❑ Sí ❑ No	¿Es estudiante de tiempo completo? ❑ Sí ❑ No
¿Tiene un título universitario? (*bachelor's degree*) ❑ Sí ❑ No	¿Tiene un título universitario? (*bachelor's degree*) ❑ Sí ❑ No
¿Está inscripto en una escuela de estudios de postgrado? ❑ Sí ❑ No	¿Está inscripto en una escuela de estudios de postgrado? ❑ Sí ❑ No
Nombre de la escuela:	Nombre de la escuela:
En el caso de ser estudiante, adjunte su horario de clases.	
¿Necesita cuidado infantil para buscar empleo? ❑ Sí ❑ No	¿Necesita cuidado infantil para buscar empleo? ❑ Sí ❑ No
¿Cuándo comenzará a buscar empleo?	¿Cuándo comenzará a buscar empleo?
¿Cuántos días por semana buscará empleo?	¿Cuántos días por semana buscará empleo?
¿El padre o la madre no pueden trabajar temporalmente, están asistiendo a capacitación o están cuidando a los niños debido a una enfermedad? ❑ Sí ❑ No Nombre de padre/madre:_____	

¿Cuánto tiempo le toma ir de la guardería a su trabajo o a la escuela?_____

Ingreso familiar mensual

Envíe comprobantes – Envíe todos los recibos de sueldo o comprobantes de ingresos de los últimos 30 días. En el caso de recibir propinas, envíe recibos de sueldo que incluya propinas, declaración de su empleador o sus registros de propinas. En el caso de tener un nuevo empleo, envíe un comprobante donde se indique la fecha del primer pago, la tarifa por hora y la cantidad de horas por semana. Si se quedó sin empleo, envíe comprobante de la fecha del último pago.

Indique sus ingresos familiares en la siguiente tabla. Debe informarnos sobre todo el dinero que recibe su grupo familiar. Si deja espacios en blanco, entenderemos que no reciben dinero de ese tipo. Adjunte otra hoja de ser necesario. Si usted no es el padre/padrastro o la madre/madrastra del niño que necesita cuidado, indique los ingresos del niño solamente.

Indique todos los empleos que tienen los integrantes de su grupo familiar.

¿Quién trabaja?	Nombre y teléfono del empleador	¿Cuánto gana por hora?	¿Con qué frecuencia le pagan?	¿Recibe propinas?
		$_____	❑ Semanalmente ❑ Cada 2 semanas ❑ Dos veces por mes ❑ Mensualmente ❑ Otro (explique) _____	❑ Sí, Importe semanal $_____ ❑ No

Indique todos los empleos que tienen los integrantes de su grupo familiar.

¿Quién trabaja?	Nombre y teléfono del empleador	¿Cuánto gana por hora?	¿Con qué frecuencia le pagan?	¿Recibe propinas?
		$_____	❑ Semanalmente ❑ Cada 2 semanas ❑ Dos veces por mes ❑ Mensualmente ❑ Otro (explique) _____	❑ Sí, Importe semanal $_____ ❑ No
		$_____	❑ Semanalmente ❑ Cada 2 semanas ❑ Dos veces por mes ❑ Mensualmente ❑ Otro (explique) _____	❑ Sí, Importe semanal $_____ ❑ No

¿El importe informado permanecerá más o menos igual? ❑ Sí ❑ No

Si respondió no, explique_____

¿Algún miembro de la familia ha conseguido empleo pero todavía no ha cobrado? ❑ Sí ❑ No

Si respondió sí, ¿quién?_____ Nombre del empleador:_____

¿Algún miembro de la familia se quedó sin trabajo en los últimos 30 días? ❑ Sí ❑ No

Si respondió sí, ¿quién?_____ Nombre del empleador:_____

¿Qué otro dinero recibe su grupo familiar?	¿Quién lo recibe?	Importe mensual
Trabajo autónomo o trabajos esporádicos		
Desempleo o *Worker's Compensation*		
Social Security o SSI		
Beneficios jubilatorios o para veteranos		
Manutención por hijos o pensión		
Dinero de amigos o parientes		
Otro: (Incluya pagos únicos o irregulares)		

¿El importe que su familia recibe por estos conceptos permanecerá igual? ❑ Sí ❑ No

Si respondió no, explique_____

¿Reciben *Food Assistance* (alimentos), FIP o asistencia médica? ❑ Sí ❑ No

Recursos (Bienes)

Los bienes son cosas como casas, autos, acciones y bonos, o dinero en efectivo.

¿Tiene menos de un millón de dólares en bienes? ❑ Sí ❑ No

Información sobre el prestador de cuidado infantil

Por favor, infórmenos sobre su prestador de cuidado infantil.

Nombre del prestador 1		Teléfono ( )	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

¿Esta persona cuidará a sus hijos en su propio hogar? ❑ Sí ❑ No

Nombres de los niños que cuidará:_____

Si éste es un prestador nuevo, ¿cuándo comenzó a usar sus servicios?_____

Nombre del prestador 2		Teléfono ( )	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

¿Esta persona cuidará a sus hijos en su propio hogar? ❑ Sí ❑ No

Nombres de los niños que cuidará:_____

Si éste es un prestador nuevo, ¿cuándo comenzó a usar sus servicios?_____

¿Esta persona actuará como niñera suplente? ❑ Sí ❑ No
(Un suplente cuida a los niños cuando la niñera habitual no está disponible.)

Nombre del prestador 3		Teléfono ( )	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

¿Esta persona cuidará a sus hijos en su propio hogar? ❑ Sí ❑ No

Nombres de los niños que cuidará:_____

Si éste es un prestador nuevo, ¿cuándo comenzó a usar sus servicios?_____

¿Esta persona actuará como niñera suplente? ❑ Sí ❑ No
(Un suplente cuida a los niños cuando la niñera habitual no está disponible.)

Firma

No olvide adjuntar sus recibos de sueldo y/o su horario escolar.

Certifico, bajo pena de cometer perjurio, que:

- La información dada anteriormente es verdadera y completa a mi leal saber y entender.
- Mi respuesta sobre la ciudadanía o el estado inmigratorio de cada una de las personas que solicitan asistencia es correcta.

Firma	Teléfono	Fecha de hoy
Correo electrónico		

Tiene derecho a apelar

Usted, o la persona que lo ayuda, podrán solicitar una audiencia en caso de no estar de acuerdo con la acción tomada en su caso. Para el programa Food Assistance (alimentos), puede apelar personalmente o por teléfono. En el caso de todos los demás programas, debe apelar por escrito. Para apelar por escrito, elija **una** de las siguientes maneras:

- Complete el formulario electrónico de apelación 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 de DHS.

Puede representarse usted mismo o ser representado por un amigo, un pariente, 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 (800) 532-1275. Si reside en el Condado de Polk, deberá llamar 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, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E Walnut, Des Moines IA 50319-0114 o por correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

Cosas que debe saber

Debe informarle a DHS sobre los siguientes cambios en un plazo de 10 días contados a partir de la fecha del mismo:

- Ingresos, incluso cambios en la tarifa por hora y cuando los ingresos comiencen y finalicen
- Horario laboral
- Dirección postal o residencial
- Horario de clases
- Alguien que se muda a su casa o se va de ella
- Cambio de prestador de cuidado infantil

Pedimos los números del seguro social, pero no tiene obligación de entregarlos. No le denegaremos la elegibilidad si no los entrega. Si lo hace, podríamos utilizar su número del seguro social para verificar sus ingresos y su necesidad de asistencia o con propósitos estadísticos.

La unidad de Control de Calidad o la unidad de Investigaciones podrían revisar su caso y comunicarse con otras personas u organizaciones para verificar sus datos. Al firmar este formulario, nos da autorización para divulgar información confidencial a las unidades de Control de Calidad o de Investigaciones. Debe cooperar con ellos para conservar sus beneficios.

En el caso de recibir Asistencia para Cuidado Infantil por error, tendrá que reintegrarla.

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 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 del mismo 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.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
(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)	

Compliance with Third Party Liability (TPL), Form 470-5286

Purpose	The Iowa Medicaid Enterprise (IME) and the Managed Care Organizations (MCOs) use the *Compliance with Third Party Liability (TPL)* to: ♦ Alert the local office when a member has cooperated and ♦ To instruct the local office to lift a member's sanction.
Source	The notice is computer-generated by the IME OnBase system.
Completion	The IME OnBase system sends an alert when the member cooperates by providing needed TPL information.
Distribution	The IME OnBase system sends the compliance information to WISE, which creates an alert to the Electronic Case File (ECF) to save as a permanent record.
Data	The IME OnBase system completes the following: ♦ **Notice Date**: The date the alert is created. ♦ **Member Name**: The member's name. ♦ **Case Number**: The member's case number. ♦ **CIN or SID Number**: The member's state identification number.

Iowa Department of Human Services

Compliance with Third Party Liability (TPL)

FILE THIS NOTICE IN A PERMANENT PLACE IN THE CASE RECORD.

Manual Reference: 8-C, Cooperation with the TPL Unit

Compliance Information: DHS Home SharePoint ID: EJA0216 for ELIAS Process.
DHS Employees' Manual: 14-B(7), Lifting a Sanction for IABC Process.

IMW Instruction: Lift the member's sanction as they have cooperated with TPL.

Subject:	LIFT MEDICAID SANCTION
Notice Date:	
Member Name:	
Case Number:	
CIN or SID Number:	

Iowa Medicaid Enterprise-HIPP Unit
PO Box 36476
Des Moines, IA 50315-9907

Date:

HIPP Worker:
Local Calls:
Toll Free: 1-888-346-9562
Fax: (515) 725-0725
E-mail: HIPP@dhs.state.ia.us
HIPP ID:

Denial of Health Insurance Premium Payment

THIS DECISION DOES NOT AFFECT YOUR MEDICAID (TITLE 19) COVERAGE.

The Iowa Department of Human Services has reviewed your participation in the Health Insurance Premium Payment (HIPP) program and has made the following decision that will not affect the Medicaid coverage of your household.

Comments:

Any questions or concerns regarding this action should be referred to the HIPP worker listed above.

SEE OTHER SIDE FOR YOUR APPEAL RIGHTS

Policyholder Copy

You Have the Right to Appeal

What is an appeal?

An **appeal** is asking for a hearing because you do not like a decision the Department of Human Services (DHS) makes. You have the right to file an appeal if you disagree with a decision. You do not have to pay to file an appeal. [441 Iowa Administrative Code Chapter 7].

How do I appeal?

Filing an appeal is easy. You can appeal in person, by telephone or in writing for Food Assistance or Medicaid. You must appeal in writing for all other programs. To appeal in writing, do **one** of the following:

- Complete an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

How long do I have to appeal?

For Food Assistance or Medicaid, you have 90 calendar days to file an appeal from the date of a decision. For all other programs, you must file an appeal:

- Within 30 calendar days of the date of a decision or
- Before the date a decision goes into effect

If you file an appeal more than 30 but less than 90 calendar days from the date of a decision, you must tell us why your appeal is late. If you have a good reason for filing your appeal late, we will decide if you can get a hearing.

If you file an appeal 90 days after the date of a decision, we cannot give you a hearing.

Can I continue to get benefits when my appeal is pending?

You may keep your benefits until an appeal is final or through the end of your certification period if you file an appeal:

- Within 10 calendar days of the date the notice is received. A notice is considered to be received 5 calendar days after the date on the notice or
- Before the date a decision goes into effect

Any benefits you get while your appeal is being decided may have to be paid back if the Department's action is correct.

How will I know if I get a hearing?

You will get a hearing notice that tells you the date and time a telephone hearing is scheduled. You will get a letter telling you if you do not get a hearing. This letter will tell you why you did not get a hearing. It will also explain what you can do if you disagree with the decision to not give you a hearing.

Can I have someone else help me in the hearing?

You or someone else, such as a friend or relative can tell why you disagree with the Department's decision. You may also have a lawyer help you, but the Department will not pay for one. Your county DHS office can give you information about legal services. The cost of legal services will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at 1-800-532-1275. If you live in Polk County, call 243-1193.

Policy Regarding Discrimination, Harassment, Affirmative Action and Equal Employment Opportunity

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, please send a letter detailing your complaint to:

Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 or via e-mail contactdhs@dhs.state.ia.us

Iowa Medicaid Enterprise-HIPP Unit
PO Box 36476
Des Moines, IA 50315-9907

Date:

HIPP Worker:
Local Calls:
Toll Free: 1-888-346-9562
Fax: (515) 725-0725
E-mail: HIPP@dhs.state.ia.us
HIPP ID:

Denial of Health Insurance Premium Payment

THIS DECISION DOES NOT AFFECT YOUR MEDICAID (TITLE 19) COVERAGE.

The Iowa Department of Human Services has reviewed your participation in the Health Insurance Premium Payment (HIPP) program and has made the following decision that will not affect the Medicaid coverage of your household.

Comments:

Any questions or concerns regarding this action should be referred to the HIPP worker listed above.

SEE OTHER SIDE FOR YOUR APPEAL RIGHTS

HIPP Copy

You Have the Right to Appeal

What is an appeal?

An **appeal** is asking for a hearing because you do not like a decision the Department of Human Services (DHS) makes. You have the right to file an appeal if you disagree with a decision. You do not have to pay to file an appeal. [441 Iowa Administrative Code Chapter 7].

How do I appeal?

Filing an appeal is easy. You can appeal in person, by telephone or in writing for Food Assistance or Medicaid. You must appeal in writing for all other programs. To appeal in writing, do **one** of the following:

- Complete an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

How long do I have to appeal?

For Food Assistance or Medicaid, you have 90 calendar days to file an appeal from the date of a decision. For all other programs, you must file an appeal:

- Within 30 calendar days of the date of a decision or
- Before the date a decision goes into effect

If you file an appeal more than 30 but less than 90 calendar days from the date of a decision, you must tell us why your appeal is late. If you have a good reason for filing your appeal late, we will decide if you can get a hearing.

If you file an appeal 90 days after the date of a decision, we cannot give you a hearing.

Can I continue to get benefits when my appeal is pending?

You may keep your benefits until an appeal is final or through the end of your certification period if you file an appeal:

- Within 10 calendar days of the date the notice is received. A notice is considered to be received 5 calendar days after the date on the notice or
- Before the date a decision goes into effect

Any benefits you get while your appeal is being decided may have to be paid back if the Department's action is correct.

How will I know if I get a hearing?

You will get a hearing notice that tells you the date and time a telephone hearing is scheduled. You will get a letter telling you if you do not get a hearing. This letter will tell you why you did not get a hearing. It will also explain what you can do if you disagree with the decision to not give you a hearing.

Can I have someone else help me in the hearing?

You or someone else, such as a friend or relative can tell why you disagree with the Department's decision. You may also have a lawyer help you, but the Department will not pay for one. Your county DHS office can give you information about legal services. The cost of legal services will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at 1-800-532-1275. If you live in Polk County, call 243-1193.

Policy Regarding Discrimination, Harassment, Affirmative Action and Equal Employment Opportunity

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, please send a letter detailing your complaint to:

Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 or via e-mail contactdhs@dhs.state.ia.us

Iowa Department of Human Services

Financial Support Application

What Kind of Help Would You Like? Part A

The Department of Human Services (DHS) has many programs that may help you and your family. Please fill out this application so that we can help you find the programs that will meet your needs.

Look at the programs listed below. Choose the programs you want to apply for and fill out those sections of the application. **Everyone must fill out Part A (pink)**.

Food Assistance Part B

The Food Assistance Program, formerly known as Food Stamps, helps you buy food for good health. You may be able to get Food Assistance by the 7th day after applying. This is called Emergency Service. If you want to apply for Food Assistance, fill out **Part A (pink)** and **Part B (green)**.

Family Investment Program (FIP) or Refugee Cash Assistance Part C

The Family Investment Program (FIP) is also known as Temporary Assistance for Needy Families (TANF). FIP provides temporary cash assistance to children and families. Refugees who do not get FIP may get Refugee Cash Assistance. If you want to apply for FIP or Refugee Cash Assistance, fill out **Part A (pink)** and **Part C (purple)**.

Child Care Assistance Part D

Child Care Assistance helps pay for the care of your child while a parent or caretaker works or attends school. It might also be used to care for children while a parent or caretaker is looking for work or is unable to care for children because of medical reasons. If you want to apply for Child Care Assistance, fill out **Part A (pink)** and **Part D (blue)**.

How Do I Get Help?

You may apply for one or more programs listed on the previous page.

Step 1. Fill out an application.

Anyone may fill out an application. You may apply on a paper application or you can apply online at www.oasis.iowa.gov. If you decide to apply using this form, answer as many questions as you can. **If you can't fill out the whole application today, fill out with at least your name, address, and signature and turn in Page 1. But, then please fill out and turn in the rest of the application as soon as you can.** If you need help filling out an application, please ask for help at your local Department of Human Services (DHS) office.

Step 2. Return the application to us.

You can take, fax or mail your application to a local DHS office. **The date we get Page 1 with your name, address, and signature is your application date. This starts the time we have to work on your application. It is also the date your Food Assistance may start.**

Step 3. Give us proof and come to an interview if asked.

You **may** be asked to show us proof:

- Of who you are and who the people are for whom you apply. Examples are a driver's license, social security card, or alien documentation card.
- That you and the people for whom you apply are U.S. citizens or nationals.
- Of the money you have gotten in the last 30 days, such as check stubs, self-employment records, or award letters.
- Of things you have, such as bank accounts, trust accounts, stocks, or bonds.

You may need to show us other proof. If you are not able to show us proof right away, you will be given time to get the information. If you can't get proof, ask DHS to help you get the information.

An interview will be set up for you, if necessary. You should come to your interview even if you do not have all the proof we need. Interviews are not needed if you are applying only for Child Care Assistance.

Information About Immigration Status

You can apply for part of your household even if some members do not have lawful immigrant status. For example, parents who do not have lawful immigrant status may apply for their children who are U.S. citizens or qualified lawful immigrants. You need to give proof of immigration status or U.S. citizenship for each person in your household for whom you apply.

Your household's alien status may be checked with the Citizenship and Immigration Service. Any information we get from the Citizenship and Immigration Service may affect your household's benefits. We will not contact the Citizenship and Immigration Service about the people you don't apply for. However, we may use their income and assets to see if the rest of the household can get help.

Iowa Department of Human Services

Addendum to Application and Review Forms for Release of Information

OPTIONAL Release of Information

Help Us Help You!

You do not have to sign this, but it will help us get information we need to help you, without having to get your signature on specific requests.

You should know that:

- We may need more information to decide if you can get assistance.
- If more information is needed from you, you will get a letter telling you what we need and the date you must get it to us.
- You are responsible to get the information or to ask us for help to get it.
- If you do not give us the information or ask for help by the due date, your application may be denied or your assistance may stop.
- We may be able to use the release below to get the information we need. **But you still have to provide information we request or ask us for help.**
- We may attach a copy of this release to a form that asks other people or organizations (like your employer) for specific information needed about you or others in your household.

Print and sign your name below to give us permission to get needed information.

RELEASE OF INFORMATION

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.

A copy of this release is as valid as the original.

This release does not apply to protected health information.

This release is good for 12 months from the date signed.

Your Name (please print clearly)	Other Adult Name (please print clearly)
Signature or Mark	Signature or Mark
Date	

Iowa Department of Human Services

Financial Support Application

What Kind of Help Would You Like? Part A

Check the box next to the programs you want to apply for. You do not need to apply for programs you already get.

☐ **Food Assistance** ☐ **Family Investment Program** ☐ **Child Care Assistance**

Tell Us About You Part A

Name	Telephone Number ( )	**Is morning or afternoon the best time to call you?**
Social Security Number	Birth Date	
Street Address	City	State Zip Code
Mailing Address (if different)	City	State Zip Code

Your Signature Part A

I certify, under penalty of perjury, that:

- The answers I am about to give are correct and complete to the best of my knowledge.
- My answer about citizenship or alien status of each person applying for assistance is correct.

Keep the cover page and Part E.

Your Signature or Mark	Today's Date
Signature of Person, If Any, Who Helped Complete the Form	Today's Date
Print Name of Person Who Helped Complete Form	Phone Number
Mailing Address of Person Who Helped Complete Form	City State Zip Code

If you need help filling out this form, call your local DHS office.

When Will I Get Help? Part A

Food Assistance in 7 days – Emergency Service

This is who can get Food Assistance in 7 days:

- Households with gross monthly income less than $150 and with assets, such as cash or bank accounts, of $100 or less; or
- Households with rent, mortgage, and utilities that are more than the household's gross monthly income and assets; or
- Households with a migrant or seasonal farm worker and with assets of $100 or less whose income is stopping or starting.

Food Assistance in 30 days

If you don't get Emergency Service, you will get Food Assistance within 30 days if you are eligible, or a letter telling you why, if you are not eligible.

All Other Programs

We will send you a letter within 30 days of the date we get your application telling you if you will get help or not.

What Do Our Terms Mean? Part A

We use these terms in the application. This is what they mean.

Alien	A person who is not a U.S. citizen.
EAC card	An electronic access card (Visa debit card) for getting your cash assistance.
EBT card	A plastic swipe card that you use at the grocery store to buy food.
Eligible	Meeting all of the program guidelines to get help from us.
Household	A group of people who live together.
PROMISE JOBS	A work and training program for the Family Investment Program (FIP).
Quality Control	A DHS unit that might review your case to see if you are getting the correct assistance. If your case is chosen, the Quality Control unit will contact you.
Refugee	A person who enters the U.S. with a refugee status.
Special needs for child care	A child with a condition diagnosed by a professional that limits major life activities.

Social Security Number Information Part A

We can give help only to people who give us their social security number (SSN) or proof of application from the Social Security office. **You don't have to give us the SSN for people in your household who you do not want help for, but you can choose to give us their SSN**. However, we will use any SSN given to us the same way we use the SSN of people getting assistance.

We will deny assistance to the people for whom you do not give us a SSN. There are some exceptions to this. Please ask your worker.

We will not give any SSN to the Citizenship and Immigration Service.

People in Your Home Part A

List all the people who live in your home and mark the box **yes** or **no** if you are applying for that person. If you choose no, you only need to list their name, relationship to you and their date of birth.

*Only required if applying for FIP.

We have to ask your ethnicity and race, but you don't have to answer. The reason for the information is to assure that program benefits are distributed without regard to race, color, or national origin. Your answer won't affect how much you get or how soon. If you choose to answer, use the following codes:

**Ethnicity
H = Hispanic or Latino
N = Not Hispanic or Latino

***Race (Choose all that apply)
W = White
B = Black or African American
A = Asian
I = American Indian or Alaskan Native
N = Native Hawaiian or other Pacific Islander

Apply for? Yes/No	Name (First, MI, Last)	Relationship to You	Birth Date	Birth State*	Last Grade in School*	Social Security Number	Ethnicity **	Race ***	Citizen Yes/No	If Alien, Status
		Self								

Grandparents and others applying for children that are not your own:

If you are applying for FIP **only** for the children, answer the remaining questions only about the children. If you are applying for Food Assistance, Child Care Assistance, or want FIP for yourself, answer the questions about everyone in your home.

List anyone in your home who is disabled: _____

List anyone age 18 or over who is in college or trade school: _____

List anyone getting benefits from another state: _____

Which state? _____

List anyone who is a boarder or striker: _____

Tell Us About Criminal Actions and Disqualifications — Part A

Is anyone fleeing to avoid prosecution, custody, or jail for a felony crime? ☐ Yes ☐ No

Is anyone violating a condition of probation or parole? ☐ Yes ☐ No

Is anyone in or expecting to go to jail or prison? ☐ Yes ☐ No

Has anyone been disqualified from a food assistance program in any state for fraud or a program violation? ☐ Yes ☐ No

Expenses — Part A

To get the most help you can, tell us about your expenses.

List your share of any day care for a child or a disabled adult who lives with you:

Who gets care: _____ $ _____ per month

If anyone currently pays child support, give the following information:

Who pays: _____ $ _____ per month

Income — Part A

You must tell us about all money the people in your household get. If you leave a space blank, we will take that to mean there is no money of this kind. Please use an additional sheet of paper, if needed.

List all jobs the people in your household have.

Who Works?	Employer Name?	How Much is this Person Paid Per Hour?	How Many Hours Does this Person Expect to Work Each Week?	How Often is this Person Paid?	Does this Person Get Tips?
		$_____	Regular Hours: _____ Overtime Hours: _____	☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Other (explain) _____	☐ Yes, Weekly Amount $_____ ☐ No
		$_____	Regular Hours: _____ Overtime Hours: _____	☐ Weekly ☐ Every 2 Weeks ☐ Twice a Month ☐ Monthly ☐ Other (explain) _____	☐ Yes, Weekly Amount $_____ ☐ No

Will the amount of money reported above from jobs stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, explain: _____

Has anyone been hired for a job but not received a paycheck yet? ☐ Yes ☐ No

If yes, who? _____ Employer Name? _____

Has anyone reduced their work hours or ended a job in the last 30 days? ☐ Yes ☐ No

If yes, who? _____ Employer Name? _____

What Other Money Do People in Your Household Get?	Who Gets the Money?	How Much Per Month?
Self-Employment or Odd Jobs		
Unemployment Benefits or Worker's Compensation		
Social Security or SSI		
Veterans Benefits, Pensions, or Retirement		
Child Support or Alimony		
Money from Friends or Relatives		
Other: (Including irregular or one time payments) Explain:		

Will the amount of other money people in your household get stay about the same? ☐ Yes ☐ No

If no, explain: _____

Resources (Assets) Part A

Does anyone have a car, truck, boat, camper, motorcycle, or other vehicle? ☐ Yes ☐ No

If yes, list make, model, year below.

_____

List the total money anyone has in:

Checking/savings or other bank/credit union accounts $_____ Who? _____

Cash $_____ Who? _____

Stocks, bonds, savings certificates, annuities, IRAs, Keogh, or other assets $_____ Who? _____

List anyone who:

Owns land, buildings or houses other than the house you live in: _____

Owns resources with someone who does not live in your household: _____

Has a conservatorship or trust: _____

Has sold, traded or given away any resources in the past three months: _____

Food Assistance — Part B

If you do not get Food Assistance and want to apply, answer the questions in this section.

List the people in your household who are **not** applying for Food Assistance:

_____

Tell us who does not eat with you: _____

List anyone who has an Iowa EBT card: _____

Is anyone a migrant or seasonal farm worker? ☐ Yes ☐ No

Have you or any member of your household been convicted, after September 22, 1996, of:

- Buying or selling Food Assistance benefits over $500? ☐ Yes ☐ No
- Fraudulently receiving duplicate Food Assistance benefits in any state? ☐ Yes ☐ No
- Trading Food Assistance benefits for drugs, guns, ammunition or explosives? ☐ Yes ☐ No

Help With Your Food Assistance — Part B

You can have someone fill out your application, answer questions for you, give information at your interview, and buy food with an EBT card. If you choose to have someone help you, we will be able to share information with this person. You don't have to do this.

We will be able to share information with this person. Tell us about the person you want to help you.

Name	Address	Telephone Number

Food Assistance Expenses — Part B

To get the most Food Assistance you can, please tell us about your bills.

Shelter and Utilities

How much is **your share** of the following expenses:

Rent: $_____ per month

Lot Rent: $_____ per month

Mortgage: $_____ per month

If you pay taxes or insurance separate from your mortgage, list amounts below:

Property Taxes: $_____ per _____

Homeowner's Insurance: $_____ per _____

Check the boxes next to the utility bills you have to pay:

- ☐ Lights/Electricity
- ☐ Water and Sewage
- ☐ Gas
- ☐ Garbage and Trash
- ☐ Telephone
- ☐ Extra charges from your landlord
- ☐ Other, explain_____

☐ Check here if any of the utility bills you have to pay are for heating or air conditioning.

☐ Check here if you got energy assistance in the past year at your current address.

☐ Check here if you are on low rent housing. If yes, what is your part of the rent? $_____

Medical Expenses

Tell us the medical costs that are not paid by insurance for everyone who is disabled or over age 59. These could be doctor and hospital bills, medicine, transportation, health insurance premiums, or other medical services.

Who pays: _____ Amount per month: $_____

Help Paying Expenses

If you get help with your expenses tell us:

Which Expense Was Paid	Who Paid	Amount Paid

Family Investment Program (FIP) or Refugee Cash Assistance Part C

If you do not get FIP or Refugee Cash Assistance and want to apply, answer the questions in this section.

List the people in your home who are **not** applying for FIP:

_____

List anyone who has an Iowa Electronic Access Card (EAC): _____

List anyone in your home who is pregnant: _____

List anyone who is in the military, a veteran, or a spouse of a veteran: _____

Does anyone expect to get a one-time payment such as an inheritance or insurance settlement or did anyone get one in the past 30 days? ☐ Yes ☐ No

Does anyone have life or death benefit insurance? ☐ Yes ☐ No

List anyone in your household who has received TANF or other cash assistance benefits outside of Iowa since January 1, 1997: _____

Where? _____

What months? _____

Child Support

Complete this section for each parent who does not live in the home with the children.

Name and Address of Parent Not Living in the Home	Date of Birth of This Parent	Social Security Number of This Parent	Name of This Parent's Children	County Where Court Order is Filed, if Any

Name and address of employer of parent not in the home: _____

If ever married to this parent, list the date and place of marriage: _____

Child Care Assistance — Part D

If you do not get Child Care Assistance and want to apply, answer the questions in this section.

List the children in your home who need child care: _____

List any children who are identified as having special needs: _____

List the hours of work for the adults in your household.

Name of Person Working _____			Name of Person Working _____		
Monday	_____	to _____	Monday	_____	to _____
Tuesday	_____	to _____	Tuesday	_____	to _____
Wednesday	_____	to _____	Wednesday	_____	to _____
Thursday	_____	to _____	Thursday	_____	to _____
Friday	_____	to _____	Friday	_____	to _____
Saturday	_____	to _____	Saturday	_____	to _____
Sunday	_____	to _____	Sunday	_____	to _____

Do you need child care while you attend school? ☐ Yes ☐ No

If yes, you will need to give us a copy of your class schedule.

Are you enrolled in graduate school? ☐ Yes ☐ No

Do you need child care for another reason, such as hospitalization or job search? ☐ Yes ☐ No

If yes, explain: _____

List the name of the person or agency that will be caring for your children:

Provider Name	Telephone Number	
Street Address		
City	State	Zip Code

Please answer the following questions about yourself and the other parent or caretaker if they are in the home.

Are you, or the other parent in the home, on active duty in the military? ☐ Yes ☐ No

In a national guard or reserve unit? ☐ Yes ☐ No

If yes, who? _____

Do any of the following living arrangements apply to your family?

Do you live in a: Motel, car or campsite? ☐ Yes ☐ No
Shelter or other temporary housing?
House or apartment, with friends or family members (shared housing)?

Assets are things like homes, cars, campers, stocks and bonds, or cash.
Do you have less than one million dollars in assets? ☐ Yes ☐ No

You Have the Right to Appeal — Part E

You, or the person helping you, may request an appeal hearing if you do not agree with any action taken on your case. For Food Assistance, you can appeal in person or by telephone. For all other programs, you must appeal in writing. To appeal in writing do **one** of the following:

- Fill out an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

You can represent yourself. Or, you can have a friend, relative, lawyer, or someone else act on your behalf.

You may contact your county DHS office about legal services. You may have to pay for these legal services. If you do, your payment will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at (800) 532-1275. If you live in Polk County, call (515) 243-1193.

You Will Not Be Discriminated Against — Part E

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, please send a letter detailing your complaint to: Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 or via email contactdhs@dhs.state.ia.us

Food Assistance

This institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, and in some cases, religion or political beliefs.

The U.S. Department of Agriculture (USDA) also prohibits discrimination based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the agency (state or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027), found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

Mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410; or

Fax: (202) 690-7442; or

Email: program.intake@usda.gov

For any other information dealing with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Food Assistance in Iowa) issues, persons should either contact the USDA SNAP Hotline Number at (800) 221-5689, which is also in Spanish, or call the State Information/Hotline Numbers found online at: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

To file a complaint of discrimination regarding a program receiving Federal financial assistance through the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), write: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (800) 537-7697 (TTY).

This institution is an equal opportunity provider.

All Programs — Part E

We Check What You Tell Us

The information you give us may be checked by federal, state, and local officials to make sure it is true. Things we might check are any listed person's: social security number, job and pay, bank account amount, alien status, and amounts received from other sources like Social Security or unemployment. If any information you give us is not correct, we may deny your application.

We may check records from other states to see if any person in your household can get benefits in Iowa. This may be because a person was disqualified from a program in another state.

We check and use computer systems like the state Income and Eligibility Verification System. If something you told us is different from what the computer system tells us, we will check to find out what is correct. We might check your information by contacting your employer, your bank, or other people. To do this kind of checking with your employer, bank, or other people, we will ask you first. Such information may affect your household's eligibility and level of benefits.

Things You Need to Know

DHS may give your answers to law enforcement officials to catch persons fleeing to avoid the law.

The Quality Control unit or Investigations unit may review your case. They may contact other people or organizations to get proof of your information. By signing this application, you give permission to release confidential information to the Quality Control unit or Investigations unit. You must cooperate with them to keep your benefits.

You will have to pay back any benefits you got or that was paid to a third party on your behalf for which you were not eligible.

Section 1128B of the Social Security Act provides federal penalties for fraudulent acts and false reporting in connection with these programs.

Anyone who gets, tries to get, or helps any other person get assistance to which they are not entitled, is guilty of violating the laws of the state of Iowa. This includes, but is not limited to, Iowa Code Chapters 239B, 243, 249, and 249A.

Your expenses may be used to figure the amount of assistance you get. You may have expenses included in your benefit calculation by reporting and giving proof of your expenses. If you do not report or give proof of your expenses, you choose not to claim the expense. You can report and give proof later, and the expense can be used for future months.

Comm. 233 will be given to you at your interview. It will tell you about any additional rights and responsibilities not covered with this application.

Food Assistance Part E

Rules of the Food Assistance Program

Follow these rules:

- **Don't** hide or give wrong information on purpose to get Food Assistance benefits.
- **Don't** use Food Assistance benefits to buy non-food items like alcohol or tobacco.
- **Don't** trade, sell, or give away Food Assistance benefits.
- **Don't** use someone else's Food Assistance benefits for yourself.
- **Don't** purchase a product with Food Assistance benefits, with a returnable container that has a return deposit, with the intent of getting cash back when the empty container is returned to the store.
- **Don't** buy food on credit and attempt to pay for it with Food Assistance.
- **Don't** buy a product with Food Assistance benefits so you can get cash or something other than eligible food by reselling that product.
- **Don't** fail to report if your household goes over its income limit.

  If you get Food Assistance, your worker will tell you what your household's income limit is. If your household's income goes over your limit in any month you must tell us by the 10th day of the next month. If you don't tell us on time, you might have to pay back the benefits.

Penalties of the Food Assistance Program

Anyone who breaks the above rules:

- **May not get Food Assistance benefits for 1 year for the first time, 2 years for the second time, and forever for the third time;**
- **May be fined up to $250,000 or jailed up to 20 years or both; and**
- **May be kept off Food Assistance for an additional 18 months, if court ordered.**

If a court finds you guilty of buying, selling, or trading more than $500 in Food Assistance benefits, you will lose benefits forever.

If a court finds you guilty of trading Food Assistance benefits for firearms, ammunition, or explosives, you will lose benefits forever.

If a court finds you guilty of trading Food Assistance benefits for controlled substances, you will lose benefits for two years the first time and forever the second time.

You will not get Food Assistance for 10 years if you are found guilty of getting or trying to get Food Assistance in more than one household at a time. This penalty happens if you give wrong information about who you are or where you live.

Giving wrong information on purpose may result in us taking legal action against you, either criminal or civil. It might also mean we reduce your benefits or take money back from you.

Things You Need to Know

Households eligible for Food Assistance may get a notice that they are eligible for the "Promoting Awareness of the Benefits of a Healthy Marriage" program and a pamphlet listing those benefits. By giving this information, DHS can use different rules that may help you get Food Assistance.

If you have a Food Assistance overpayment, DHS will give your answers to federal and state agencies as well as private claims collection agencies, to collect the overpayment.

The Food Assistance office may contact other people or organizations to get proof of your information.

By having signed this application, you agree that all members of your household will register for work and follow all of the work and training rules.

The application filing date is different if your household is in an institution and applying for Food Assistance and Supplemental Security Income at the same time. In this case, the filing date is the date of release from the institution.

You may not be denied Food Assistance benefits just because you were denied benefits from other programs. Food Assistance applications will not be delayed due to requirements of other programs you may apply for.

The collection of information on the application, including the social security number of each household member, is authorized under the Food and Nutrition Act of 2008 (formerly the Food Stamp Act of 1977), as amended, 7 U.S.C. 2011-2036. The information will be used to determine whether your household is eligible or continues to be eligible to participate in the Food Assistance program. We will verify this information through computer matching programs. This information will also be used to monitor compliance with program regulations and for program management.

Family Investment Program (FIP) or Refugee Cash Assistance Part E

Things You Need to Know

Within 10 days of the date the change happens, you must tell DHS about changes, such as:

- Income, when it starts or stops, including getting an inheritance or a one-time payment of past due child support
- Resources or assets
- Someone moving in or out of your home
- Mailing or living address
- Receipt of a SSN
- Change of school attendance of a child

If your application for FIP or Refugee Cash Assistance is approved, your Food Assistance may go down or stop.

If you are approved for FIP, you will be registered with the PROMISE JOBS program. You agree that all members of your household who must cooperate with PROMISE JOBS will do so. Talk with your worker if you feel you have a reason not to cooperate.

If you choose not to take part in PROMISE JOBS, your FIP benefits will be limited.

While you get FIP, you give up your rights to child support for the months you are on FIP. The state of Iowa will keep your child support to pay back the money you get from FIP.

Using Your Electronic Access Card (EAC)

You cannot access your cash benefits with your EAC at a:

- Liquor store or any place that mainly sells liquor,
- Casino or other gambling or gaming establishment, or
- Business which provides adult-oriented entertainment in which performers disrobe or perform in an unclothed state (such as a strip club).

If DHS determines that you have accessed your cash benefits with your EAC at one of the above places you:

- Will have committed fraud,
- Have to repay the amount of cash accessed at the location, and
- Your family will not get cash benefits for three months with the first misuse and six months for each additional misuse.

Penalty for Getting FIP in More Than One State

You will not get FIP for 10 years if you are found guilty of getting or trying to get FIP in more than one state at a time. This penalty happens if you give wrong information about where you live.

Child Care Assistance (CCA) Part E

Things You Need to Know

Within 10 days of the date the change happens, you must tell DHS about changes, such as:

- Income, including a change in your hourly rate and when income starts or stops
- Work hours
- Mailing or living address
- Class schedule
- Someone moving in or out of the house
- Change in child care provider

Iowa Department of Human Services

Financial Support Application
(Solicitud de Ayuda Financiera)

¿Qué tipo de ayuda desea? Parte A

Department of Human Services (DHS) tiene varios programas que podrían ayudarlos a usted y a su familia. Complete este formulario para que podamos ayudarle a encontrar los programas adecuados para sus necesidades.

Lea los programas que se indican a continuación. Elija los programas que desea solicitar y complete dichas secciones del formulario. **Todas las personas deben llenar la Parte A (rosa)**.

Food Assistance Parte B

El Programa Food Assistance (asistencia para alimentos), anteriormente conocido como Food Stamps (bonos para alimentos), le ayuda a comprar alimentos para estar saludable. Podría conseguir Food Assistance el 7mo día después de haberlo solicitado. Esto se llama Servicio de Emergencia. Si desea solicitar Food Assistance, complete la **Parte A (rosa)** y la **Parte B (verde)**.

Family Investment Program (FIP) o Refugee Cash Assistance Parte C

El Programa de Inversión Familiar (Family Investment Program, FIP) también es conocido como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). FIP le brinda asistencia temporal en dinero en efectivo para niños y familias. Los Refugiados que no obtengan FIP pueden conseguir Refugee Cash Assistance (Asistencia en Efectivo para Refugiados). Si desea solicitar FIP o Refugee Cash Assistance, complete la **Parte A (rosa)** y la **Parte C (violeta)**.

Child Care Assistance Parte D

Child Care Assistance (asistencia para cuidado infantil) le ayuda a pagar el cuidado de su hijo mientras los padres o la persona a cargo del cuidado van a trabajar o a estudiar. También se puede usar para el cuidado de niños mientras los padres o la persona a cargo del cuidado están buscando trabajo o no pueden cuidarlos por razones de salud. Si desea solicitar Child Care Assistance, complete la **Parte A (rosa)** y la **Parte D (azul)**.

¿Qué debo hacer para conseguir ayuda?

Puede solicitar uno o más de los programas descritos en la página anterior.

Paso 1. Complete el formulario.

Todas las personas pueden completar el formulario. Puede utilizar un formulario impreso o hacer la solicitud por Internet en www.oasis.iowa.gov. Si decide hacer la solicitud utilizando este formulario, responda todas las preguntas que pueda. **Si no puede completar todo el formulario de solicitud en un solo día, complete al menos su nombre, domicilio y firma, y entregue la Página 1. Por favor, recuerde que debe completar el resto del formulario y entregarlo lo antes posible.** Si necesita ayuda para llenar el formulario, pída ayuda en la oficina local de Department of Human Services (DHS).

Paso 2. Devuélvanos el formulario.

Puede enviar la solicitud por correo o por fax, o llevarla a la oficina local de DHS. **Su fecha de solicitud será la fecha en que recibamos la Página 1 con su nombre, domicilio y firma. Ese día comienza a correr el tiempo que tenemos para gestionar su solicitud. También es la fecha en que su Food Assistance podría comenzar.**

Paso 3. Entréguenos comprobantes y venga a una entrevista si se lo pedimos.

Es posible que le pidamos:

- Comprobante de su identidad y la identidad de las personas para quienes solicita asistencia. Algunos ejemplos son: licencia de conductor, tarjeta del seguro social o su documentación como inmigrante.
- Comprobante de que usted y las personas para quienes solicita asistencia son ciudadanos estadounidenses o están nacionalizados.
- Comprobantes del dinero que recibió en los últimos 30 días, por ejemplo: recibos de sueldo, registros de trabajo por cuenta propia o cartas aprobando asignaciones.
- Comprobantes de cosas que tenga, por ejemplo: cuentas bancarias, cuentas de fideicomisos, acciones o bonos.

Podría tener que presentar otros comprobantes. Si no puede presentarlos de inmediato, se le dará tiempo para que los consiga. Si no puede conseguir los comprobantes, pídale a DHS que le ayude a conseguirlos.

Se programará una entrevista, si es necesario. Debe venir a la entrevista aunque no tenga todos los comprobantes que necesitamos. No es necesario hacer entrevistas en el caso de presentar la solicitud para Child Care Assistance únicamente.

Información sobre la situación inmigratoria

Puede presentar la solicitud para parte del grupo familiar aunque algunos integrantes sean inmigrantes ilegales. Por ejemplo, los padres que son inmigrantes ilegales pueden presentar la solicitud para los hijos que son ciudadanos estadounidenses o inmigrantes legales documentados. Debe presentar la documentación inmigratoria o de ciudadanía estadounidense de cada una de las personas para las que presenta la solicitud.

La situación inmigratoria de su grupo familiar podría ser verificada con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración. Toda información que recibamos de dicho organismo podría afectar los beneficios de su grupo familiar. No nos comunicaremos con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración para averiguar sobre las personas para las cuales no solicite asistencia. No obstante, podremos utilizar sus ingresos y activos para ver si el resto del grupo familiar puede obtener ayuda.

Iowa Department of Human Services

Addendum to Application and Review Forms for Release of Information
(Adenda de los Formularios de Solicitud y Revisión para Divulgación de Información)

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 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 del mismo 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.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
(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)	

Iowa Department of Human Services

Financial Support Application
(Solicitud de Ayuda Financiera)

¿Qué tipo de ayuda desea? Parte A

Marque las casillas correspondientes a los programas que desea solicitar. No marque ningún programa que actualmente ya está recibiendo.

☐ **Food Assistance** ☐ **Family Investment Program** ☐ **Child Care Assistance**

Sus datos Parte A

Nombre	Teléfono ( )	**¿Es mejor que le llamemos a la mañana o a la tarde?**
Número de Social Security	Fecha de nacimiento	
Domicilio	Ciudad	Estado Cód. Postal
Dirección Postal (si es diferente)	Ciudad	Estado Cód. Postal

Su firma Parte A

Certifico, bajo pena de cometer perjurio, que:

- La información que estoy por dar es correcta y completa a mi leal saber y entender.
- Mi respuesta con respecto a la ciudadanía o el estado legal inmigratorio de cada una de las personas para las que solicito asistencia es correcta.

Conserve la portada y la Parte E.

Su firma o marca	Fecha de hoy
Firma de la persona que me ayudó a completar el formulario, si corresponde	Fecha de hoy
Nombre en letra de imprenta de la persona que me ayudó a completar el formulario, si corresponde	Teléfono
Dirección postal de la persona que me ayudó a completar el formulario	Ciudad Estado Cód. Postal

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la oficina local de DHS.

¿Cuándo recibiré la asistencia? Parte A

Food Assistance en 7 días – Servicio de Emergencia

¿Quién puede recibir Food Assistance en 7 días?

- Grupos familiares con ingresos brutos inferiores a $150 por mes y con activos, como dinero en efectivo o cuentas bancarias, con $100 o menos;
- Grupos familiares con alquileres, hipotecas o servicios públicos que superan el ingreso bruto mensual y los activos del grupo familiar;
- Grupos familiares con trabajadores rurales por temporada y con activos de $100 o menos que dejarán de recibir ingresos o comenzarán a recibirlos.

Food Assistance en 30 días

Si no obtiene Servicio de Emergencia, recibirá Food Assistance dentro de 30 días si califica, o una carta informándole por qué no califica.

Todos los otros programas

Le enviaremos una carta dentro de los 30 días posteriores a la fecha de recepción de su solicitud, en la que le informaremos si recibirá ayuda o no.

¿Qué significan nuestros términos? Parte A

Utilizamos los siguientes términos en este formulario. Esto es lo que significan:

Extranjero	Una persona que no es ciudadana estadounidense.
Tarjeta EAC	Una tarjeta electrónica (tarjeta de débito Visa) para cobrar su asistencia en efectivo.
Tarjeta EBT	Una tarjeta magnética de plástico que usará en la tienda de comestibles para comprar alimentos.
Elegible	Que cumple con todas las normas del programa.
Grupo familiar	Un grupo de personas que viven juntas.
PROMISE JOBS	Un programa de capacitación laboral para Family Investment Program (FIP).
Control de calidad	Una unidad de DHS que podría evaluar su caso para ver si está recibiendo la asistencia correcta. Si su caso es seleccionado, la unidad de control de calidad se comunicará con usted.
Refugiado	Una persona que ingresa a los EE.UU. en condición de refugiado.
Necesidades especiales para guardería	Un menor que ha sido diagnosticado por un profesional y sufre una afección que limita las actividades más importantes de la vida diaria.

Información sobre Números de Social Security — Parte A

Podemos ayudar sólo a aquellas personas que nos den su número de Social Security (SSN) o el comprobante de solicitud expedido por la oficina de Social Security. **No tiene obligación de darnos los SSN de las personas de su grupo familiar para las que no solicita asistencia, pero puede hacerlo si lo desea**. No obstante, utilizaremos los SSN informados del mismo modo que utilizamos los SSN de las personas que reciben asistencia.

Les denegaremos asistencia a aquellas personas que no informen su número de Social Security (SSN). Existen algunas excepciones a esta regla. Pregúntele a su asistente.

No le informaremos ninguno de los SSN al Citizen and Immigration Service (Servicio de Ciudadanía e Inmigración).

Personas que viven en su hogar — Parte A

Indique los nombres de todas las personas que viven en su hogar y marque la casilla **sí** o **no** para indicar si está solicitando asistencia para dicha persona. Si elige "no", debe indicar solamente el nombre, el parentesco con usted y la fecha de nacimiento.

*Obligatorio para FIP únicamente.

Tenemos que preguntarle sobre su etnia y raza, pero no tiene obligación de responder. El motivo de estos datos es garantizar que las prestaciones del programa sean distribuidas sin tener en cuenta la raza, el color o el país de origen. Su respuesta no afectará el importe de la asistencia ni cuándo la recibirá. Si decide responder, utilice los siguientes códigos:

**Etnia
- H = Hispano o latino
- N = Ni hispano ni latino

***Raza (Elija todas las que correspondan)
- W = Blanca
- B = Negra o afroamericana
- A = Asiática
- I = Indio americano o nativo de Alaska
- N = Nativo Hawái u otra isla del Pacífico

¿Solicita asist.? Sí/No	Nombre y Apellido (Primer nombre, inicial, apellido)	Parentesco con usted	Fecha de Nac.	Estado de Nac.*	Último grado escolar*	Nº de Social Security	Etnia **	Raza ***	¿Ciuda-dano? Sí/No	Si es Extranjero, Estatus
		Yo								

Abuelos y otras personas que solicitan asistencia para menores que no son hijos propios:

Si está solicitando el programa FIP **sólo** para sus hijos, responda el resto de las preguntas refiriéndose sólo a sus hijos. Si está solicitando Asistencia Alimentaria, Asistencia para el Cuidado Infantil o desea obtener los beneficios de FIP para usted, responda las preguntas acerca de todas las personas de su hogar.

Indique el nombre de las personas discapacitadas que viven en su hogar: _____

Indique el nombre de los mayores de 18 años que cursan estudios superiores o comerciales: _____

Indique el nombre de las personas que reciben beneficios médicos de otro estado: _____

¿En qué estado? _____

Nombre a las personas que sean pensionistas o huelguistas: _____

Antecedentes penales e inhabilitaciones — Parte A

¿Alguien está huyendo para evitar que lo procesen, lo detengan o lo encarcelen por un delito grave? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien ha violado su libertad condicional o bajo palabra? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien está en la cárcel o prisión o espera ir a la cárcel o prisión? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien ha sido inhabilitado para el programa Food Assistance en algún estado por fraude o infracción al programa? ☐ Sí ☐ No

Gastos — Parte A

Para recibir toda la asistencia posible, cuéntenos sobre sus gastos.

Indique la parte que paga para el cuidado diurno de niños o adultos discapacitados que viven con usted:

Quién recibe cuidado: _____ $ _____ por mes

Si alguien actualmente paga manutención de menores, indique lo siguiente:

Quién paga: _____ $ _____ por mes

Ingresos — Parte A

Debe informarnos sobre todo el dinero que reciben los integrantes de su grupo familiar. Si deja un espacio en blanco, entenderemos que no existe dinero de dicho tipo. Utilice una hoja extra si es necesario.

Indique todos los empleos que tienen los integrantes de su grupo familiar.

¿Quién trabaja?	Nombre del empleador	¿Cuánto cobra por hora?	¿Cuántas horas espera trabajar por semana?	¿Con qué frecuencia cobra?	¿Recibe propinas?
		$_____	Horas normales: _____ Horas extras: _____	☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensualmente ☐ Otro (explique) _____	☐ Sí, Importe semanal $_____ ☐ No
		$_____	Horas normales: _____ Horas extras: _____	☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Mensualmente ☐ Otro (explique) _____	☐ Sí, Importe semanal $_____ ☐ No

¿La cantidad de dinero informada arriba continuará siendo más o menos la misma? ☐ Sí ☐ No

Si respondió no, explique: _____

¿Alguien ha sido contratado pero aún no ha recibido paga? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, ¿quién?_____ Nombre del empleador_____

¿Alguien ha reducido sus horas de trabajo o dejó su empleo en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, ¿quién?_____ Nombre del empleador_____

¿Qué otros ingresos recibe su grupo familiar?	¿Quién lo recibe?	Importe Mensual
Empleo por cuenta propia o trabajos esporádicos		
Beneficios por desempleo o indemnización por accidentes laborales (*Worker's Compensation*)		
Beneficios de Social Security o SSI		
Beneficios para Veteranos, Jubilaciones o Fondos de Retiro		
Manutención o Pensión de Alimentos		
Dinero proveniente de amigos o parientes		
Otros: (Incluyendo pagos irregulares o que se reciben una sola vez) Explique:		

¿El monto de esos otros ingresos continuará siendo más o menos el mismo? ☐ Sí ☐ No

Si respondió no, explique: _____

Recursos (Activos) Parte A

¿Alguien tiene un auto, camioneta, bote, casa rodante, motocicleta u otro vehículo? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, indique la marca, el modelo y el año.

_____

Indique el total de dinero que tienen en:

Cuentas de cheques/ahorro u otras cuentas bancarias o cooperativas de crédito $_____ ¿Quién? _____

Efectivo $_____ ¿Quién? _____

Acciones, bonos, certificados de ahorro, anualidades, IRA, Keogh u otros activos $_____ ¿Quién? _____

Nombre a las personas que:

Son propietarias de terrenos, edificios o viviendas que no sea la casa en la que usted vive: _____

Son propietarias de bienes conjuntamente con alguien que no vive en su vivienda: _____

Poseen la tutela legal de un adulto o un fideicomiso: _____

Ha vendido, canjeado o regalado bienes en los últimos tres meses: _____

Food Assistance — Parte B

Si no recibe Food Assistance y desea solicitarla, responda las preguntas de esta sección.

Indique los nombres de las personas de su grupo familiar que **no** solicitan Food Assistance:

_____

Infórmenos quién no come con usted: _____

Indique quién tiene una tarjeta EBT de Iowa: _____

¿Alguien es trabajador rural estacional o itinerante? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o algún miembro de su grupo familiar ha sido condenado, con posterioridad al 22 de septiembre de 1996, por:

- Comprar o vender beneficios de Food Assistance por más de $500? ☐ Sí ☐ No
- Actuar fraudulentamente porque recibieron beneficios duplicados de Food Assistance en cualquiera de los estados? ☐ Sí ☐ No
- Canjear beneficios de Food Assistance por drogas, armas, municiones o explosivos? ☐ Sí ☐ No

Ayuda para solicitar Food Assistance — Parte B

Puede pedirle a otra persona que complete el formulario, responda las preguntas por usted, dé información en la entrevista y compre alimentos con la tarjeta EBT. Si decide que alguien le ayude, podremos compartir información con dicha persona. No tiene obligación de hacerlo.

Podremos compartir información con esta persona. Infórmenos quién es la persona que le ayudará.

Nombre	Domicilio	Teléfono

Gastos de Food Assistance — Parte B

Para recibir toda la asistencia para alimentos que sea posible, cuéntenos sobre sus facturas.

Vivienda y servicios públicos

¿Qué parte paga de los siguientes gastos?

Alquiler: $_____ por mes

Alquiler de terreno: $_____ por mes

Hipoteca: $_____ por mes

Si paga impuestos o seguros aparte de la hipoteca, indique los montos a continuación:

Impuestos a la propiedad: $_____ por _____

Seguro de propietario: $_____ por _____

Marque las casillas correspondientes a las facturas de servicios públicos que paga:

- ☐ Luz/electricidad
- ☐ Gas
- ☐ Teléfono
- ☐ Agua y cloacas
- ☐ Recolección de residuos
- ☐ Otros costos cobrados por el propietario
- ☐ Otras, explique_____

☐ Marque esta casilla si debe pagar facturas por calefacción o aire acondicionado.

☐ Marque esta casilla si recibió asistencia para energía eléctrica el año pasado en su domicilio actual.

☐ Marque esta casilla si tiene un plan de vivienda con alquiler económico.
Si respondió sí, ¿qué parte del alquiler paga? $_____

Gastos Médicos

Infórmenos sobre los gastos médicos que el seguro no paga para personas discapacitadas o mayores de 59 años. Pueden ser facturas de médicos o del hospital, medicamentos, transporte, primas del seguro médico u otros servicios médicos.

Quién paga:_____ Importe por mes: $_____

Ayuda para pagar gastos

Si recibe ayuda para pagar sus gastos, infórmenos:

Qué gasto se pagó	Quién lo pagó	Importe pagado

Family Investment Program (FIP) o Refugee Cash Assistance Parte C

Si no recibe FIP ni Refugee Cash Assistance y desea solicitarlos, responda las preguntas de esta sección.

Indique el nombre de las personas que viven en su hogar que **no** solicitan FIP:

_____

Nombre a las personas que tienen una tarjeta electrónica (EAC) de Iowa: _____

Indique el nombre de las embarazadas que viven en su hogar: _____

Indique el nombre de aquellos que están en las fuerzas armadas, son veteranos o cónyuges de veteranos: _____

¿Alguien espera recibir un pago por única vez, por ejemplo, una herencia o una liquidación del seguro, o alguien los recibió en los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien tiene seguro de vida o beneficios por fallecimiento? ☐ Sí ☐ No

Indique el nombre de quien haya recibido TANF u otros beneficios de de asistencia en efectivo fuera de Iowa desde el 1 de enero de 1997: _____

¿Dónde? _____

¿En qué meses? _____

Manutención de menores

Complete esta sección para cada uno de los progenitores que no viven en el hogar con sus hijos.

Nombre y domicilio del progenitor que no vive en el hogar	Fecha de Nac. del progenitor	Nº de Social Security Number del progenitor	Nombres de los hijos de este progenitor	Condado donde se presentó la orden judicial, si corresponde

Nombre y domicilio del empleador del progenitor que no vive en el hogar: _____

Si está/estuvo casado/a con este progenitor, indique la fecha y el lugar del casamiento: _____

Child Care Assistance — Parte D

Si no recibe Child Care Assistance y desea solicitarla, responda las preguntas de esta sección.

Indique los nombres de los niños que viven en su hogar y necesitan guardería: _____

Indique los nombres de los niños que tienen necesidades especiales: _____

Indique los horarios laborales de los adultos de su grupo familiar.

Nombre de la persona que trabaja _____	Nombre de la persona que trabaja _____
Lunes _____ a _____	Lunes _____ a _____
Martes _____ a _____	Martes _____ a _____
Miércoles _____ a _____	Miércoles _____ a _____
Jueves _____ a _____	Jueves _____ a _____
Viernes _____ a _____	Viernes _____ a _____
Sábado _____ a _____	Sábado _____ a _____
Domingo _____ a _____	Domingo _____ a _____

¿Necesita guardería mientras asiste a un establecimiento educativo? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, deberá entregarnos una copia de su horario escolar.

¿Está inscripto/a en una institución de educación superior? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita guardería por otro motivo, por ejemplo, hospitalización o búsqueda de empleo? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, explique: _____

Indique el nombre de la persona o agencia que cuidará a sus hijos:

Nombre del proveedor	Teléfono	
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre usted y el otro progenitor o tutor si vive en su hogar.

¿Usted o el otro progenitor en el hogar están en servicio activo en las fuerzas armadas? ☐ Sí ☐ No

¿En una unidad de la guardia nacional o de la reserva? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, ¿quién?_____

¿Su familia vive en alguno de los siguientes tipos de alojamientos?

¿Viven en: un motel, un automóvil o un campamento? ☐ Sí ☐ No
un albergue u otro tipo de vivienda temporal?
una casa o un departamento, con amigos o familiares (vivienda compartida)?

Los bienes son cosas como viviendas, automóviles, casas rodantes, acciones y bonos, o dinero en efectivo.
¿Tiene menos de un millón de dólares en bienes? ☐ Sí ☐ No

Tiene derecho a apelar Parte E

Usted o la persona que le esté ayudando pueden solicitar una audiencia de apelación si no están de acuerdo con las acciones tomadas en su caso. En el caso de Food Assistance, puede apelar por escrito o por teléfono. Para todos los otros programas, debe apelar por escrito. Para apelar por escrito, haga **una** de las siguientes cosas:

- Complete la solicitud electrónicamente en https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **o**
- Escriba una carta diciéndonos por qué cree que la decisión está errada, **o**
- Llene un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede conseguirlo en la oficina DHS del condado.

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

Puede representarse usted mismo o pedirle a un amigo, pariente, abogado o alguien más que actúe en su nombre.

Puede comunicarse con la oficina de DHS del condado para informarse sobre servicios legales. Es posible que deba pagar dichos servicios. De ser así, el pago será proporcional a sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al (515) 243-1193.

No será discriminado/a Parte E

Es política de Iowa Department of Human Services (DHS) ofrecer trato igualitario con respecto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, incapacidad, ideología política o estatus de veterano.

Si cree que DHS le ha discriminado o acosado, le agradeceremos que envíe una carta explicando detalladamente su queja a: Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 o a través de correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

Food Assistance

Esta institución tiene prohibido discriminar debido a raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o ideología política.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) también prohíbe la discriminación debido a raza, color, país de origen, sexo, credo o religión, discapacidad, edad, ideología política, y como represalia o castigo por participación previa en movimientos de Derechos Humanos, en cualquiera de los programas o de las actividades realizadas o financiadas por USDA.

Las personas discapacitadas que requieran medios alternativos de comunicación (ej. Braille, letras grandes, grabaciones de audio, lenguaje de señas, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde presentaron la solicitud para beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con USDA a través del servicio federal de retransmisión: (800) 877-8339. Además, la información del programa también está disponible en otros idiomas aparte de inglés.

Para presentar una queja por discriminación, complete el Formulario *USDA Program Discrimination Complaint* (AD-3027), que se encuentra en la siguiente página de Internet: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en todas las oficinas de USDA, o escriba una carta dirigida a USDA e incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar el formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o la carta a USDA por:

Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410; or

Fax: (202) 690-7442; or

Email: program.intake@usda.gov

En el caso de información debido a problemas con el Programa SNAP (*Supplemental Nutrition Assistance Program*) (Food Assistance en Iowa), debe comunicarse con la línea directa de USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a las líneas directas de información estatal por Internet en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una queja por discriminación de un programa que recibe asistencia económica del gobierno federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos, escriba a: *HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201*, o llame al (202) 619-0403 (teléfono de voz) o al (800) 537-7697 (teléfono de texto).

Esta institución brinda igualdad de oportunidades para todos.

Todos los programas Parte E

Verificamos lo que nos informa

La información que nos proporciona puede ser verificada por funcionarios federales, estatales y municipales para asegurarnos que es cierta. Las cosas que podemos verificar con respecto a las personas mencionadas son: número del seguro social, empleo y salario, monto de la cuenta bancaria, estado legal de inmigración, montos recibidos de otras fuentes como Social Security o el seguro de desempleo. Si la información que nos proporciona no es correcta, podremos denegar su solicitud.

Podemos verificar los registros de otros estados para ver si los miembros de su grupo familiar pueden recibir beneficios en Iowa. Esto se hace porque una persona podría haber sido inhabilitada de un programa en otro estado.

Verificamos y usamos sistemas informáticos como el State Income and Eligibility Verification System. Si algo que nos informó no coincide con la información del sistema, verificaremos para averiguar cuál es la correcta. Podríamos verificar su información comunicándonos con su empleador, su banco y otras personas. Para hacer este tipo de verificación con su empleador, su banco y otras personas, primero le preguntaremos a usted. Dicha información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su grupo familiar.

Cosas que debe saber

DHS puede entregarles sus respuestas a los funcionarios del orden público para que atrapen a aquellas personas que estén huyendo para eludir a la ley.

La unidad de Control de Calidad o la Unidad de Investigaciones pueden revisar su caso. Ellos pueden comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener comprobantes de su información. Al firmar este formulario, usted nos autoriza a divulgar información confidencial a la unidad de Control de Calidad o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con ellas para conservar sus beneficios.

En caso de no ser elegible para recibir beneficios, deberá reintegrar todos los beneficios que obtuvo o que hayan sido pagados a terceros en su nombre.

La sección 1128B de la Ley de Seguridad Social establece penas a nivel federal por actos fraudulentos y la presentación de información falsa relacionada con estos programas.

Toda persona que obtenga, intente obtener o ayude a otra a obtener asistencia a la cual no tiene derecho, es culpable de infracciones a las leyes del estado de Iowa. Esto incluye, entre otros, los capítulos 239B, 243, 249 y 249A del Código de Iowa.

Sus gastos pueden ser usados para calcular el monto de la asistencia que recibirá. Si informa y presenta comprobantes de sus gastos, puede pedir que los mismos se incluyan en el cálculo de sus beneficios. Si no informa ni presenta comprobantes de sus gastos, entonces se considerará que usted eligió no reclamar el gasto. Puede informar y presentar comprobantes más adelante y el gasto podrá computarse en meses futuros.

Se le entregará la Com. 233 durante la entrevista. En ella encontrará información sobre todos los otros derechos y obligaciones que no hayan sido mencionados en este formulario.

Food Assistance — Parte E

Normas del Programa Food Assistance

Cumpla estas normas:

- **NO** oculte ni proporcione información falsa a propósito para obtener Food Assistance.
- **NO** use los beneficios de Food Assistance para comprar artículos que no sean alimentos, como por ejemplo alcohol o tabaco.
- **NO** canjee, ni venda ni regale los beneficios de Food Assistance.
- **NO** utilice los beneficios de Food Assistance de otra persona para su uso personal.
- Con los beneficios de Food Assistance, **NO** compre productos con envases retornables por los que debe pagar un depósito, con la intención de obtener dinero en efectivo cuando devuelve el recipiente vacío a la tienda.
- **NO** compre alimentos en cuotas e intente pagarlos con Food Assistance.
- **NO** compre productos con beneficios de Food Assistance para revenderlos y obtener dinero en efectivo u otras cosas que no sean los alimentos aprobados.
- **NO** deje de informar si los ingresos de su grupo familiar superan el límite establecido.

  Si obtiene Food Assistance, su asistente le informará cuál es el límite de ingresos para su grupo familiar. Si los ingresos de su grupo familiar superan el límite establecido durante un mes, debe informarnos antes del 10mo día del mes siguiente. Si no nos informa a tiempo, podría tener que reintegrar los beneficios.

Sanciones del Programa Food Assistance

Toda persona que quebrante las normas mencionadas anteriormente:

- **No podrá recibir Food Assistance por 1 año la primera vez, 2 años la segunda vez, y en forma permanente la tercera vez;**
- **Podrá ser sancionada con una multa de hasta $250,000 o con prisión de hasta 20 años, o ambas; y**
- **Podrá ser excluida de Food Assistance por 18 meses adicionales, por orden judicial.**

Si un tribunal le encuentra culpable de comprar, vender o comerciar con más de $500 de Food Assistance, perderá sus beneficios para siempre.

Si un tribunal le encuentra culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por armas, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.

Si un tribunal le encuentra culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por sustancias controladas, perderá dichos beneficios por dos años la primera vez y para siempre la segunda vez.

No recibirá Food Assistance por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener Food Assistance en más de un grupo familiar a la vez. Esta sanción se aplica si proporciona información incorrecta acerca de quién es o dónde vive.

Dar información falsa a propósito puede ocasionar que iniciemos acciones legales en su contra, ya sea acciones penales o civiles. También puede ocasionar que sus beneficios sean reducidos o que deba reintegrar el dinero que recibió.

Cosas que debe saber

Los grupos familiares elegibles para Food Assistance pueden recibir una notificación informándoles que son elegibles para el programa "Promoting Awareness of the Benefits of a Healthy Marriage" (Promoción para concientizar sobre los beneficios de un matrimonio sano) y un panfleto describiendo dichos beneficios. Al entregar esta información, DHS puede utilizar normas diferentes que podrían ayudarle a obtener Food Assistance.

Si recibe un sobrepago de Food Assistance, DHS le entregará sus respuestas a las agencias federales y estatales, así como también a agencias privadas que se encargan de cobrar reclamos, para que recuperen el sobrepago.

La oficina de Food Assistance puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener comprobantes de su información.

Al firmar esta solicitud, usted acepta que todos los integrantes de su grupo familiar se registrarán para trabajar y cumplirán con todas las normativas laborales y de capacitación.

La fecha de presentación de la solicitud es diferente si su grupo familiar se encuentra en una institución y presentan la solicitud para Food Assistance y SSI (ingresos suplementarios) al mismo tiempo. En este caso, la fecha de presentación es la fecha de alta de la institución.

No se le denegarán beneficios de Food Assistance sólo porque se le denegaron beneficios de otros programas. Las solicitudes de Food Assistance no sufrirán retrasos debido a los requisitos de otros programas que haya solicitado.

La recolección de información en la solicitud, incluso los números de Social Security de todos los integrantes del grupo familiar, está autorizada por la Ley *Food and Nutrition Act* del año 2008 (llamada anteriormente *Food Stamp Act* del año 1977), con sus enmiendas, U.S.C. 7: 2011-2036. Los datos se utilizarán para determinar si su grupo familiar es elegible o continúa siendo elegible para participar en el programa Food Assistance. Verificaremos los datos mediante programas digitales que buscan datos coincidentes. También usaremos esta información para monitorear el cumplimiento con los reglamentos del programa y para la gestión del programa.

Family Investment Program (FIP) o Refugee Cash Assistance — Parte E

Cosas que debe saber

En un plazo de 10 días a partir de la fecha en que ocurra un cambio, deberá informarle a DHS acerca de cambios como:

- Ingresos, cuando comienzan y terminan, incluso si recibe una herencia o un pago por única vez por manutención de menores vencida y adeudada
- Recursos y activos

- Personas que se mudan de su hogar o van a vivir al mismo
- Cambio de domicilio residencial o dirección postal
- Recepción de un número de Social Security (SSN)
- Cambio de escuela de un menor

Si su solicitud de FIP o Refugee Cash Assistance es aprobada, su Food Assistance podría ser reducida o cancelada.

Si se le aprueba para FIP, se le inscribirá en el programa PROMISE JOBS. Usted acepta que todos los integrantes de su grupo familiar que deban cooperar con PROMISE JOBS cumplirán con esto. Hable con su asistente si cree que existen motivos para no cooperar.

Si decide no participar en PROMISE JOBS, sus beneficios FIP serán limitados.

Mientras reciba FIP, deberá renunciar a sus derechos sobre la manutención de menores durante los meses que reciba FIP. El estado de Iowa retendrá la manutención de menores para reintegrar el dinero que usted recibe de FIP.

Cómo utilizar su Tarjeta de Acceso Electrónico (EAC)

No puede acceder a sus beneficios en efectivo con su tarjeta EAC en un:

- Una licorería o cualquier otro lugar que venda principalmente bebidas alcohólicas
- Un casino u otro establecimiento de juegos y apuestas
- Un negocio que brinde servicios de entretenimiento para adultos, en el cual los artistas se desvistan o realicen un espectáculo sin ropa (como por ejemplo un local de strip tease).

Si DHS determina que usted ha accedido a sus beneficios de dinero en efectivo con su EAC en uno de los lugares mencionados, usted:

- Habrá cometido fraude
- Tendrá que volver a pagar el monto de dinero en efectivo al cual accedió en dicho lugar, y
- Su familia no obtendrá beneficios de dinero en efectivo durante 3 meses luego del primer uso incorrecto de la tarjeta, y 6 meses luego de cada uso incorrecto adicional.

Multa por obtener FIP en más de un estado

No recibirá FIP por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener FIP en más de un estado a la vez. Esta sanción se aplica si proporciona información falsa acerca de dónde vive.

Child Care Assistance (CCA) Parte E

Cosas que debe saber

En un plazo de 10 días a partir de la fecha en que ocurra un cambio, deberá informarle a DHS acerca de cambios como:

- Ingresos, incluso cambios en la tarifa por hora y cuando los ingresos empiezan o terminan
- Horas de trabajo
- Cambio de domicilio residencial o dirección postal
- Horario de clases
- Personas que se mudan de su hogar o van a vivir al mismo
- Cambio de proveedor de cuidado infantil

Iowa Department of Human Services

Food Assistance Work Rules

To: Date:

To get Food Assistance you have to follow these rules unless you have good cause:

- Don't cut your work hours below 30 hours a week.
- Don't quit your job if you are working 30 or more hours a week.
- When offered or referred, accept a suitable job which pays at least state or federal minimum wage.

Contact the DHS Call Center at 1-877-347-5678 if one of these apply to you:

- Have a mental or physical reason why you can't work
- Are responsible for the care of a child under six or an incapacitated person
- Receive unemployment benefits
- A regular participant in a drug or alcohol treatment program
- Have a good reason for not following a work rule

If you break these rules without good cause, you will lose your Food Assistance until you comply or at least for:

- Two months the first time
- Three months the second time
- Six months each additional time

Rights and responsibilities:

You have the right to:

- Receive an application when you ask for it.
- Turn in your application the same day you receive it.
- Receive your Food Assistance benefits (or be notified that you are not eligible for the program) within 30 days after you turn in your application.
- Receive Food Assistance benefits within a few days if you are eligible and have little or no money.
- Have a fair hearing if you disagree with any action taken on your case. If you believe that you or any group of individuals have been discriminated against by the Food Assistance because of age, sex, color, race, handicap, religious creed, national origin or political beliefs, you may:

  Write to: U.S. Department of Agriculture
  Office of the Assistance Secretary for Civil Rights
  1400 Independence Avenue, SW
  Washington, DC 20250-9410

  Fax: (202) 690-7442

  Email: program.intake@usda.gov

It is your responsibility to report:

If your income goes over the household limit provided to you, you must tell us by the 10th of the next month.

Iowa Department of Human Services

Food Assistance Work Rules
(Reglamento de Food Assistance)

Para: Fecha:

Para recibir Food Assistance, debe seguir estas reglas a menos que exista una causa justificada:

- No reduzca sus horas de trabajo a menos de 30 horas por semana.
- No renuncie a su empleo si está trabajando 30 horas por semana o más.
- Acepte un empleo adecuado que pague al menos el salario mínimo estatal o federal, cuando se lo ofrezcan o sea remitido.

Comuníquese con el Centro Telefónico de DHS al 1-877-347-5678 en alguna de estas situaciones:

- No puede trabajar debido a motivos mentales o físicos.
- Es responsable de cuidar a un menor de 6 años o a una persona discapacitada.
- Recibe beneficios de desempleo.
- Participa regularmente en un programa para el tratamiento de drogadicción o alcoholismo.
- Tiene una causa justificada para no seguir alguna de las reglas.

Si no cumple con las reglas y no existe una causa justificada, perderá su beneficio de Food Assistance hasta que las cumpla o por al menos:

- Dos meses la primera vez
- Tres meses la segunda vez
- Seis meses cada vez siguiente

Derechos y obligaciones:

Tiene derecho a:

- Recibir una solicitud cuando la pida.
- Presentar su solicitud el mismo día que la reciba.
- Recibir beneficios de Food Assistance (o la notificación de que no es elegible para el programa) en un plazo de 30 días contados desde la presentación de la solicitud.
- Recibir beneficios de Food Assistance en unos pocos días si califica y tiene poco dinero o no tiene dinero.
- Tener una audiencia justa si no está de acuerdo con alguna acción tomada en su caso. Si considera que usted o un grupo de personas han sido discriminados por Food Assistance debido a su edad, sexo, color, raza, discapacidad, religión, país de origen o ideología política, puede:

  Escribir a: U.S. Department of Agriculture
  Office of the Assistance Secretary for Civil Rights
  1400 Independence Avenue, SW
  Washington, DC 20250-9410

  Fax: (202) 690-7442

  Correo electrónico: program.intake@usda.gov

Es su obligación informar:

Si sus ingresos son superiores al límite provisto para el grupo familiar, debe informarnos antes del día 10 del mes siguiente.

Iowa Department of Human Services

Hardship Exemption Determination

Part A: Completed by Income Maintenance

Client's Name	FIP Case Number	State ID Number
Date of Hardship Exemption Request	County	

IM Determination

Hardship Exists. If the family has a hardship and meets nonfinancial FIP criteria, complete the **Hardship Exists** and **Reason** sections.

- If the family has an FIA-responsible person, forward a copy of this form to the local PROMISE JOBS office, with a copy of the family's hardship exemption request form, all evidence of the hardship, and a copy of form 470-3884, *Hardship Exemption: Service Information*, from the family's service worker (if applicable). Take no further action on the hardship exemption request until PROMISE JOBS returns the form to you with Part B completed.
- If the family does **not** have an FIA-responsible person, make the final determination of the family's hardship exemption request and complete Part C.

Check all of the hardship reasons that apply:

- ☐ Domestic violence
- ☐ Lack of employability
- ☐ Lack of suitable child care
- ☐ Physical or mental health issues
- ☐ Other circumstances that prevent self-sufficiency (explain in **Reason** section).
- ☐ Disability (potentially eligible for SSI)
- ☐ Parent needed in home – child has special needs
- ☐ Housing barriers
- ☐ Substance abuse issues
- ☐ Lack of employability due to alien status

Does the family have an open service case? ☐ Yes ☐ No If yes, fill out the following:

Service Worker Name	Phone Number

Adults responsible for signing the hardship exemption FIA:

Name	State ID Number
Name	State ID Number

Hardship Does Not Exist. If the family is not eligible for a hardship exemption, complete the **Hardship Does Not Exist** and **Reason** sections. Forward a copy of this form to the Administrator of the Division of Financial, Health and Work Supports and to the service worker (if applicable).

- ☐ Denied—check reason for denial:
  - ☐ No FIP eligibility
  - ☐ Eligible for FIP. Hardship exemption unnecessary.
  - ☐ Client withdrew hardship exemption request.
  - ☐ Hardship exemption request submitted before month 59.
  - ☐ Did not provide requested information.
  - ☐ Did not return *Financial Support Application.*
  - ☐ Does not meet hardship criteria.

Original: Local IM case file

Copies to: Local PROMISE JOBS case file (when applicable)
Local Service case file (when applicable)
FaDSS (when applicable)

Reason. List the reasons below for approving or denying the hardship exemption request. Describe or provide documentation of all barriers to be included in the FIA.

Hardship exemption period: _____ (MM/YY) through _____ (MM/YY)

IM Worker Name	Date
Phone Number	Fax Number

Part B: Completed by PROMISE JOBS

FIA Requirement

Complete Part B and return a copy of the form to the IM worker identified in Part A.

☐ Attended interview
Date of interview:

☐ Did not attend required interview

☐ Signed FIA
Date FIA signed:

☐ Did not sign FIA

PROMISE JOBS Worker Name	Date
Phone Number	Fax Number

Part C: Completed by Income Maintenance (Only fill in this section when Part B is completed)

Final Hardship Exemption Determination

For a family with:

- An FIA-responsible person, process the request upon receipt of the form from PROMISE JOBS.
- No FIA-responsible person, process the request when you make the final determination of the family's hardship exemption request.

Complete Part C after IABC entries have updated. Forward a copy of the form to the PROMISE JOBS worker (if applicable) and the service worker (if applicable).

☐ Approved
☐ Denied—no FIA
☐ Denied—no FIP eligibility

IM Worker Name	Date
Phone Number	Fax Number

Original: Local IM case file

Copies to: Local PROMISE JOBS case file (when applicable)
Local Service case file (when applicable)
FaDSS (when applicable)

Hardship Exemption Determination, Form 470-3876

Purpose

Assistance from the Family Investment Program (FIP) is limited to a total of 60 months. The only way families that have received FIP for 60 months may receive FIP beyond that limit is if they request and are determined eligible for a "hardship exemption."

The hardship exemption eligibility determination is a one- or two-step process:

1. Based on supporting evidence, the local IM worker determines whether the family has a hardship condition that affects its ability to be self-supporting. If the family does not meet the criteria, the IM worker denies the hardship exemption request at that point.

2. If the IM worker decides that the family meets hardship requirements, and there is an FIA-responsible person, the family must then meet with PROMISE JOBS to develop and sign a six-month *Family Investment Agreement* (FIA) that addresses the family's documented hardship condition.

A family:

- Without an FIA-responsible person has to meet step 1.
- With an FIA-responsible person has to meet both steps.

All families must also meet all other FIP eligibility requirements to be approved for a hardship exemption. Refer to 4-C, Hardship Exemption, for more information.

Form 470-3876 is used to document approval or denial of a family's hardship exemption request. The IM worker also uses the form to:

- Notify PROMISE JOBS of families with an FIA-responsible person that have met step one,
- Identify the FIA-responsible adults to PROMISE JOBS,
- Identify the family's service worker, if the family has an active service case.

Source

Complete form 470-3876 on line using the template on the DHS Intranet eForms web page. You can also print or photocopy supplies of the form from the sample in the manual.

Completion

Complete this form when a family requests a hardship exemption from the FIP 60-month limit. The form consists of Parts A, B, and C.

- Complete only Part A if the family does **not** meet Step One.
- When the family **has** met Step One, complete Part A and later Part C. For a family with an FIA-responsible person the PROMISE JOBS worker completes Part B.

Distribution

Copies of form 470-3876 with Parts A, B, and C completed, as applicable, may be forwarded to appropriate parties using the most expedient method, such as in person (if co-located), or by e-mail, fax, or local mail. Depending on the final hardship exemption disposition, copies of the form are distributed as described under "Data."

If difficulties are encountered when using e-mail to exchange copies between IM and PROMISE JOBS, staff will need to use one of the other available methods for exchanging copies of the form.

Forward a copy of form 470-3876 that reflects the final hardship exemption determination to:

- The PROMISE JOBS worker (if applicable)
- The family's service worker identified in form 470-3884 (if any)

Maintain the completed original of form 470-3876 in the permanent "Hardship Exemption" section of the FIP case record.

Data

Part A: If you determine that the family **does not meet** hardship criteria:

- Complete the following sections of Part A:
  - The information about the client at the top,
  - The "Hardship Does Not Exist" section, and
  - The "Reason" section.
- No involvement from PROMISE JOBS is needed.
- Forward a copy of the form to the service worker identified on form 470-3884 (if any).
- Process the hardship exemption denial and make corresponding entries on ETS.

If you determine that the family **meets** hardship criteria:

- Complete the following sections of Part A:
  - The information about the client at the top,
  - The "Hardship Exist" section, and
  - The "Reason" section.
- For a family with an FIA-responsible person, forward copies of each of the following to the local PROMISE JOBS office within one working day:
  - Form 470-3876, *Hardship Exemption Determination*.
  - Form 470-3826, *Request for FIP Beyond 60 Months.*
  - The family's supporting hardship evidence.
  - Form 470-3884, *Hardship Exemption: Service Information*, if you received one from the family's service worker.

This notifies PROMISE JOBS that you have determined the family with an FIA-responsible person has a hardship condition and must now develop and sign a six-month FIA before the hardship exemption request can be granted.

Part B: Upon receipt of these documents, PROMISE JOBS initiates procedures for the FIA-responsible adults to attend an interview to develop and sign the six-month FIA. PROMISE JOBS then documents in Part B whether the family has met the FIA requirement and returns a copy of the form to you.

Part C: For families with an FIA-responsible person, upon receipt of a copy of form 470-3876 from PROMISE JOBS with Part B filled in, complete Part C of the form to reflect the final determination of the family's hardship exemption request.

- If Part B states that the family failed to attend the required interview or failed to sign the FIA, the family is not eligible for a hardship exemption. Check the "Denied – no FIA" box in Part C. Process the denial and make corresponding entries on ETS.
- If Part B states that the family has met the FIA requirement, but the family's circumstances have changed since you completed Part A and the family no longer meets nonfinancial FIP eligibility criteria, the family is not eligible for a hardship exemption.

In that case, check the "Denied – no FIP eligibility" box in Part C. Process the denial and make corresponding entries on ETS.

- If Part B states that the family has met the FIA requirement, and the family continues to meet all nonfinancial FIP eligibility criteria, process the approval. However, do not complete Part C or make ETS entries until after the ABC system determines the family's financial eligibility for FIP.
  - If ABC determines the family is financially ineligible for FIP due to excess countable income or resources, the family is not eligible for a hardship exemption. Check the "Denied – no FIP eligibility" box in Part C.
  - If ABC determines the family is financially eligible for FIP, the family is eligible for a hardship exemption. Check the "Approved" box in Part C.

  Make corresponding entries on ETS.

For families without an FIA-responsible person, complete Part C of the form to reflect the final determination of the family's hardship exemption request.

- If the family's circumstances have changed since you completed Part A and the family no longer meets nonfinancial FIP eligibility criteria, the family is not eligible for a hardship exemption.

  In that case, check the "Denied – no FIP eligibility" box in Part C. Process the denial and make corresponding entries on ETS.

- If the family continues to meet all nonfinancial FIP eligibility criteria, process the approval. However, do not complete Part C or make ETS entries until after the ABC system determines the family's financial eligibility for FIP.
  - If ABC determines the family is financially ineligible for FIP due to excess countable income or resources, the family is not eligible for a hardship exemption. Check the "Denied – no FIP eligibility" box in Part C.
  - If ABC determines the family is financially eligible for FIP, the family is eligible for a hardship exemption. Check the "Approved" box in Part C.

Make corresponding entries on ETS.

Hardship Exemption: Service Information, Form 470-3884

Purpose

Assistance from the Family Investment Program (FIP) is limited to a total of 60 months. Families may receive FIP beyond 60 months if they have a hardship condition and they request and are determined eligible for a "hardship exemption." To request the exemption, a family must:

- Provide evidence that supports their hardship claim, and
- Complete form 470-3826, *Request for FIP Beyond 60 Months*.

The request contains an authorization for release of information that allows local income maintenance (IM), PROMISE JOBS, Service, and Family Development and Self-Sufficiency (FaDSS) program staff to share substance abuse, mental health, and AIDS/HIV-related information with each other.

The hardship exemption determination is a one- or two-step process:

1. Based on supporting evidence provided by the family, the IM worker determines whether the family has a hardship condition that keeps the family from self-sufficiency. If the family does not meet hardship criteria, the IM worker denies the hardship exemption request at this point.

2. If the IM worker determines the family meets hardship criteria, and there is an FIA-responsible person, the family must then meet with PROMISE JOBS to develop and sign a six-month *Family Investment Agreement* (FIA) that addresses the family's documented hardship condition.

A family:

- Without an FIA-responsible person has to meet step 1.
- With an FIA-responsible person has to meet both steps.

All families must also meet all other FIP eligibility requirements to be approved for a hardship exemption. Refer to 4-C, Hardship Exemption, for additional information.

Form 470-3884 is used to transmit relevant information from the service worker to:

- Assist PROMISE JOBS in developing an FIA with a family that has an FIA-responsible person.
- Provide the IM worker with the information on the form to use as an additional source to substantiate the family's hardship claim.

Source

Complete form 470-3884 on line using the template on the DHS Intranet eForms web page.

Completion

When a family requests a FIP hardship exemption, the IM worker determines whether the family's FIP case circumstances are appropriate for requesting a hardship exemption. If so, the IM worker then checks whether the family has an active service case.

If an open service case exists, the IM worker forwards to the service worker a paper copy of form 470-3826, *Request for FIP Beyond 60 Months*, and an electronic copy of form 470-3884 with Part A completed to request information about the family.

The service worker completes Part B and returns the form to IM.

Provided the family with an FIA-responsible person has met the requirements in Step 1, the IM worker forwards the completed form 470-3884, along with other pertinent documents, to PROMISE JOBS. PROMISE JOBS will then contact the family for completion of Step 2.

The IM worker notifies the service worker of the outcome of the family's request for a hardship exemption via a completed form 470-3876, *Hardship Exemption Determination*.

If the family's hardship exemption request is approved, and there is an FIA-responsible person, PROMISE JOBS will forward a copy of the *Family Investment Agreement* that the family completed to the service worker.

Iowa Department of Human Services

HARDSHIP EXEMPTION: SERVICE INFORMATION

PART A		
Case name	Case #	County
Family address and phone number		
IM worker name		Date
Phone number	Fax number	E-mail address

PART B

The family has applied for a Hardship Exemption (i.e., FIP after 60 months). Information you have concerning this family will provide a more complete picture of the family's situation. This will assist the:

- IM worker in determining if a hardship exists.
- PROMISE JOBS worker in developing a Family Investment Agreement (FIA) with the family. The goal of the FIA is to assist the family in overcoming its barriers to self-sufficiency. Information you provide in question 1 will be used in developing the FIA to assure that the FIA does not conflict with the Case Permanency Plan.

Please answer the following two items and return the form to the IM worker within five working days.

1. List appointments, time commitments, expectations or responsibilities the family has relative to the Case Permanency Plan or court order (e.g., therapy appointments, visits).

2. From your knowledge about the family, what challenges are you aware of, including safety issues, that may impact this family's ability to be self sufficient?

Service worker name	Date
Completed by: Name	Phone number
Fax number	E-mail address

Original: IM case file

Copies to: Service case file
PROMISE JOBS case file (when applicable)

470-3884 (Rev. 3/16)

Distribution

The service worker returns the completed form 470-3884 to the IM worker within five working days.

For a family that has an FIA-responsible person, the IM worker forwards a copy of the completed form to the PROMISE JOBS office for use in developing the family's FIA. Completed copies of form 470-3884 are maintained:

- In the hardship exemption section of the IM case file.
- In the PROMISE JOBS case file (if appropriate).
- In the "Other Reports" section of the service case file.

Data

Completion of Part A is self-explanatory.

The service worker completes Part B as follows:

- In item 1, list the family's time commitments and responsibilities, to assist PROMISE JOBS in developing a family investment agreement for an FIA-responsible person that will not conflict with appointments or responsibilities the family has.

  For example, if a parent is court-ordered to attend therapy with the child every Monday, Wednesday, and Friday, the PROMISE JOBS worker needs to consider this when developing the FIA with the family.

- In item 2, write a brief assessment of the challenges, including safety issues, the family has that should be considered by the IM and addressed in the FIA for an FIA-responsible person.

- Fill in the service worker's name in the first box.

- Identify in the second box who filled out the form (this may be someone other than the assigned worker), that person's phone number, fax number, and complete e-mail address.

- Date the form.

Local address here

Date:

Worker name:
Case number:
Worker phone:
E-mail: HIPP@dhs.state.ia.us
HIPP ID:

Address here

Please review the entire notice. If you have questions, call your worker. We take collect calls.

Iowa Department of Human Services

HIPP Notice of Action

SEE OTHER SIDE FOR YOUR APPEAL RIGHTS

You Have the Right to Appeal

What is an appeal?

An **appeal** is asking for a hearing because you do not like a decision the Department of Human Services (DHS) makes. You have the right to file an appeal if you disagree with a decision. You do not have to pay to file an appeal. [441 Iowa Administrative Code Chapter 7].

How do I appeal?

Filing an appeal is easy. You can appeal in person, by telephone or in writing for Food Assistance or Medicaid. You must appeal in writing for all other programs. To appeal in writing, do **one** of the following:

- Complete an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

How long do I have to appeal?

For Food Assistance or Medicaid, you have 90 calendar days to file an appeal from the date of a decision. For all other programs, you must file an appeal:

- Within 30 calendar days of the date of a decision or
- Before the date a decision goes into effect

If you file an appeal more than 30 but less than 90 calendar days from the date of a decision, you must tell us why your appeal is late. If you have a good reason for filing your appeal late, we will decide if you can get a hearing.

If you file an appeal 90 days after the date of a decision, we cannot give you a hearing.

Can I continue to get benefits when my appeal is pending?

You may keep your benefits until an appeal is final or through the end of your certification period if you file an appeal:

- Within 10 calendar days of the date the notice is received. A notice is considered to be received 5 calendar days after the date on the notice or
- Before the date a decision goes into effect

Any benefits you get while your appeal is being decided may have to be paid back if the Department's action is correct.

How will I know if I get a hearing?

You will get a hearing notice that tells you the date and time a telephone hearing is scheduled. You will get a letter telling you if you do not get a hearing. This letter will tell you why you did not get a hearing. It will also explain what you can do if you disagree with the decision to not give you a hearing.

Can I have someone else help me in the hearing?

You or someone else, such as a friend or relative can tell why you disagree with the Department's decision. You may also have a lawyer help you, but the Department will not pay for one. Your county DHS office can give you information about legal services. The cost of legal services will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at 1-800-532-1275. If you live in Polk County, call 243-1193.

Policy Regarding Discrimination, Harassment, Affirmative Action and Equal Employment Opportunity

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, please send a letter detailing your complaint to: Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 or via email contactdhs@dhs.state.ia.us

Additional Information: Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) information can be found online at www.dhs.iowa.gov.

Noncompliance with Third Party Liability (TPL), Form 470-5287

Purpose

The Iowa Medicaid Enterprise (IME) and the Managed Care Organizations (MCOs) use the *Noncompliance with Third Party Liability (TPL)* to:

- Alert the local office when a member has not cooperated and
- To instruct the local office to sanction a specific member.

Source

The alert is computer-generated by the IME OnBase system.

Completion

The IME or an MCO issue the alert when the member fails to return TPL information.

Distribution

The IME OnBase system sends the noncompliance information to WISE, which creates an alert to the Electronic Case File (ECF) to save as a permanent record.

Data

The IME OnBase system completes the following:

- **Notice Date**: The date the alert is created.
- **Member Name**: The member's name.
- **Case Number**: The member's case number.
- **CIN or SID Number**: The member's Medicaid identification number.
- **Sanctioning Agency**: This will be the IME or one of the MCOs.
- **Agency Contact**: This will be the phone number of the IME or one of the MCOs.
- **Accident / Injury Number**: The member's assigned accident or injury number provided by the IME or one of the MCOs.

Iowa Department of Human Services

Noncompliance with Third Party Liability (TPL)

FILE THIS NOTICE IN A PERMANENT PLACE IN THE CASE RECORD.

Manual Reference: 8-C, Cooperation with the TPL Unit

Non-Compliance Information: DHS Home SharePoint ID: EJA0216 for ELIAS Process. DHS Employees' Manual: 14-B(7) or 14-B(9), Failure to Comply with TPL for IABC Process.

Instructions for IMW: Sanction the member's benefits for noncompliance with TPL.

Subject:	MEDICAID NOTICE OF SANCTION
Notice Date:	
Member Name:	
Case Number:	
CIN or SID Number:	

Instructions to fix sanction: The member or a person acting on the member's behalf will need to contact the agency below to fix or appeal the TPL sanction.

Sanctioning Agency:	
Agency Contact:	
Accident/Injury Number:	
Special Instructions:	

Iowa Department of Human Services

Reporting Food Assistance Changes

Date:

Case #:

You received this letter because you were recently approved for Food Assistance (FA) benefits. This letter explains how and when to report changes that happen while you receive benefits. This form is for the FA program only. If you get Medicaid or Family Investment Program (FIP) benefits, you must report changes for those programs within 10 days of when the change happens.

Important! The changes listed below must be reported by the 10th of the next month after the change happens.

Your household's gross income limit is $_____. Gross income is the amount before taxes and other deductions are taken out. At the end of each month:

1. Add up the gross income everyone in your household got in the month. (This means income of all people who live and eat with you.) $ _____

   Add $_____, to your other kinds of income. This is the amount we count each month as self-employment earnings. + _____

2. Subtract child support anyone in your household paid in the month. – _____

3. Write down how much is left. = $ _____

4. If the amount in number 3 is more than $_____, **you must tell us by the 10th of the next month.**

If the following person(s) stop working 80 or more hours in a month, report by the 10th:

If you don't report on time, you may have to pay back benefits. If you purposely withhold information, you may be cut off Food Assistance for more than a year, pay fines or face criminal charges.

How to Report

- Call to 1-877-347-5678, or
- Email IMCustomerSC@dhs.state.ia.us, or
- Fax information to 515-564-4041
- Mail to: DHS Image Center 1, 417 E Kanesville Blvd, Council Bluffs, IA 51503-4470

Keep this form so that you know how and when to report changes.

Iowa Department of Human Services

Reporting Food Assistance Changes
(Cómo informar cambios a *Food Assistance*)

Fecha:

Caso Nº:

Le enviamos esta carta porque ha sido aprobado para beneficios de *Food Assistance* (FA). En esta carta le explicamos cómo y cuándo debe informar los cambios que surjan mientras esté recibiendo beneficios. Este formulario es para el programa FA únicamente. Si recibe prestaciones de Medicaid o del Programa FIP, debe informar los cambios en 10 días, a partir de la fecha en que se produzcan.

¡Importante! Los cambios que se indican a continuación deben ser informados antes del día 10 del mes siguiente.

El límite de ingresos brutos de su grupo familiar es $_____. El ingreso bruto es el importe total antes de descontar impuestos y otras retenciones. Al final de cada mes:

1. Sume los ingresos brutos recibidos por su grupo familiar durante el mes. (Es decir, los ingresos de todas las personas que viven y comen con Ud.) $

   Sume $_____, a sus otros tipos de ingresos. Éste es el importe que contabilizamos mensualmente en concepto de ganancias por trabajos por cuenta propia. + _____

2. Reste la manutención de menores que pagaron durante el mes. – _____

3. Escriba cuánto dinero quedó. = $ _____

4. Si el importe del ítem 3 es más de $_____, **debe informarnos antes del día 10 del mes siguiente.**

Si la(s) siguiente(s) persona(s) deja(n) de trabajar 80 o más horas por mes, infórmelo antes del día 10:

Es posible que deba devolver los beneficios si no informa puntualmente. Si oculta información adrede, no recibirá *Food Assistance* por más de un año, pagará multas o se iniciarán acciones penales.

Cómo informar cambios

- Llame al 1-877-347-5678, o
- Envíe un correo electrónico a IMCustomerSC@dhs.state.ia.us, o
- Envíe la información por fax a 515-564-4041
- o por correo a: DHS Image Center 1, 417 E Kanesville Blvd, Council Bluffs, IA 51503-4470

Conserve este formulario y consúltelo cuando deba informar cambios.

Iowa Department of Human Services

Review/Recertification Eligibility Document

Case Number County Number Worker Name

Please follow the instructions of the checked boxes below.

☐ FIP/Refugee Cash Assistance: It's time to review your case. Please fill out this form and send or bring it to the address above by . This information will be used to decide if you will continue to get Family Investment Program (FIP) or Refugee Cash Assistance benefits.

☐ Food Assistance: Your Food Assistance will end . Return this signed form by to get Food Assistance at the regular time next month, if you are eligible.

☐ If this box is checked, you must have an interview for Food Assistance. A worker will contact you by phone or appointment letter. If you miss the interview, your benefits may be delayed or canceled. You must ask your local office to reschedule and also provide required verification.

What must I do with this form?

- Fill out this form.
- Send proof if the question has **Send proof** Examples of proof of the money you get can be check stubs, self-employment records or award letters.
- Sign and date page 4.
- Send this form and your proof to us at the address above.
- Use extra paper, if needed for your answers.

What if I have questions?

Call your worker at . We will accept collect calls.

Household Members

These people get benefits with you or are counted to figure your benefits:

Name/State ID	Social Security Number	Age	Last Grade Completed in School	Citizen? Yes/No	If Alien, Status?

Is there anyone else living in your home that is not listed on page 1? ☐ Yes ☐ No If yes, fill out the information below.

Has anyone moved in or out of your home? ☐ Yes ☐ No If yes, fill out the information below.

Name	Social Security Number	Birth Date	Relationship to You	Last Grade in School	Date Moved In	Date Moved Out	Citizen? Yes/No	If Alien, Status?

If you have moved, give your new address.

Street address	City, State and Zip Code
Mailing address (if different)	City, State and Zip Code

If anyone has dropped out or is no longer attending school full-time, list who and when.

_____

If anyone is in a college or training program, list who and what school or program they are enrolled in.

_____

If anyone is in the military, a veteran, or a spouse of a veteran, list who and which they are.

_____

List the most recent address of each parent not in the home. **Only complete if you receive FIP.**

Name of Parent Not Living in the Home	Address of this Parent	Name of this Parent's Children

Tell Us About Criminal Actions and Disqualifications

Is anyone fleeing to avoid prosecution, custody, or jail for a felony crime? ☐ Yes ☐ No

Is anyone violating a condition of probation or parole? ☐ Yes ☐ No

Is anyone in or expecting to go to jail or prison? ☐ Yes ☐ No

Has anyone been disqualified from a Food Assistance program in any state for fraud or a program violation? ☐ Yes ☐ No

Income

Send proof – Send all pay stubs or proof of income for the last 30 days.
For proof of tips, send pay stubs showing tips, employer's statement, or your tip records. For new jobs, send proof showing first pay date, hourly rate, and weekly number of hours. If job stopped, send proof of the date of the last pay.

You must tell us about all money the people in your household get. If you leave a space blank, we will take that to mean there is no money of this kind. Please use an additional sheet of paper, if needed.

List all jobs the people in your household have.

Who works?	Employer name?	Does this person get tips?
		☐ Yes ☐ No
		☐ Yes ☐ No

Will the amount of money from jobs stay about the same as shown on the proof you are sending? If no, explain_____ ☐ Yes ☐ No

Has anyone been hired for a job but not received a paycheck yet? ☐ Yes ☐ No

If yes, who?_____ Employer name?_____

Has anyone's job ended in the last 30 days? ☐ Yes ☐ No

If yes, who?_____ Employer name?_____

What other money do people in your household get?	Who gets the money?	How much per month? Send Proof
Self-Employment or Odd Jobs (Send the most recent federal tax forms. If tax return was not filed, send records that show income and expenses.)		
Unemployment or Worker's Compensation		
Social Security or SSI		
Veterans Benefits, Pensions or Retirement		
Child Support or Alimony		
Money from Friends or Relatives		
Other: (Including irregular or one time payments) Explain:		

Will the amount of other money stay about the same as shown on the proof you are sending? ☐ Yes ☐ No

If no, explain_____

Resources (Assets)

Does anyone have a car, truck, boat, camper, motorcycle or other vehicle? ☐ Yes ☐ No
If yes, list make, model, year below.

_____

_____

List the money anyone has in:

Checking/savings or other bank/credit union accounts $_____ Who? _____

Cash $_____ Who? _____

Stocks, bonds, savings certificates, annuities, IRAs, Keogh or other assets $_____ Who? _____

List anyone who has or owns any land, buildings, or houses, other than the house you live in: _____

List anyone who has a conservatorship or trust: _____

Does anyone have life or death benefit insurance? ☐ Yes ☐ No

For FIP, list any tools, machinery, livestock, or collections that anyone has:

_____

Expenses

If you have **day care** expenses for a child or a disabled adult who lives with you, tell us.

Who gets care: _____ Amount $ _____ per month

If anyone pays court-ordered **child support**, tell us.

Who pays: _____ Amount $_____ per month **Send proof**

If you have **medical costs** not paid by insurance for anyone who is disabled or over age 59, tell us. These could be doctor or hospital bills, medicine, transportation, health insurance premiums, or other medical expenses.

Who pays: _____ Amount $ _____ per month **Send proof**

Shelter and Utilities (Answer these questions only if you get Food Assistance.)

How much is **your share** of the following expenses:

Rent: $_____ per month

Lot rent: $_____ per month

Mortgage: $_____ per month

If you pay taxes or insurance separate from your mortgage, list amounts below:

Property taxes: $_____ per _____

Homeowner's insurance: $_____ per _____

Check the boxes next to the utility bills you have to pay:

☐ Lights/electricity ☐ Telephone ☐ Garbage and trash

☐ Gas ☐ Water and sewage ☐ Extra charges from your landlord

☐ Other, explain_____

☐ Check here if any of the utility bills you have to pay are for heating or air conditioning.

☐ Check here if you got energy assistance in the past year.

☐ Check here if you are on low rent housing. If yes, what is your part of the rent? $_____

If you get help with your expenses, tell us:

Which Expense Was Paid	Who Paid	Amount Paid

Expected Changes

Tell us if anything has changed or is expected to change.

Sign and Date

I certify, under penalty of perjury, that:

- The answers I give are correct and complete to the best of my knowledge.
- My answers about citizenship or alien status of each person applying for assistance are correct.

I know what I reported may cause my benefits to be reduced, increased, or stopped and that the Department of Human Services may check my case.

Your Signature or Mark	Phone Number	Today's Date
Signature of Person, if Any, Who Helped Complete the Form	Phone Number	Today's Date

If we need to contact you, is morning or afternoon the best time to reach you?

What do I do with the form now?

After you have filled out the form, please send the form back to us using the envelope that was included. Be sure to mail it to the office address printed on page 1. This address is under your mailing address. You may also bring this form to the office. You have the right to ask for an application and submit it with readable name, address, and signature, at any time.

Social Security Number Information

We can give help only to people who give us their social security number (SSN) or proof of application from the Social Security office. **You don't have to give us the SSN for people in your household who you do not want help for, but you may choose to give us their SSN.** However, we will use any SSN given to us the same way we use the SSN of people getting assistance.

If you do not give us a SSN for people in your household, we will deny assistance to those people. There are some exceptions to this. Please ask your worker. We will not give any SSN to the Citizenship and Immigration Service.

Optional Release of Information

Help Us Help You!

You do not have to sign this, but it will help us get information we need to help you, without having to get your signature on specific requests.

You should know that:

- We may need more information to decide if you can get assistance.
- If more information is needed from you, you will get a letter telling you what we need and the date you must get it to us.
- You are responsible to get the information or to ask us for help to get it.
- If you do not give us the information or ask for help by the due date, your application may be denied or your assistance may stop.
- We may be able to use the release below to get the information we need. **But you still have to provide information we request or ask us for help.**
- We may attach a copy of this release to a form that asks other people or organizations (like your employer) for specific information needed about you or others in your household.

Print and sign your name below to give us permission to get needed information. Remember to also sign page 4.

RELEASE OF INFORMATION

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.

A copy of this release is as valid as the original.

This release does not apply to protected health information.

This release is good for 12 months from the date signed.

_____	_____
Your Name (please print clearly)	Other Adult Name (please print clearly)
_____	_____
Signature or Mark	Signature or Mark
_____	
Date	

Please keep this page for your information.

All Programs

We Check What You Tell Us

The information you give us may be checked by federal, state, and local officials to make sure it is true. Things we might check are any listed person's: SSN, job and pay, bank account amount, amounts received from other sources like Social Security or unemployment, and alien status. If any information you give us is not correct, we may deny your application.

We may check records from other states to see if any person in your household can get benefits in Iowa. This may be because a person was disqualified from a program in another state.

We check and use computer systems like the State Income and Eligibility Verification System. If something you told us is different from what the computer system tells us, we will check to find out what is correct. We might check your information by contacting your employer, your bank or other people.

Things You Need to Know

We will use the information you give us on this form to determine what assistance you are eligible to receive.

The Quality Control unit or Investigations unit may review your case. They may contact other people or organizations to get proof of your information. By signing this application, you give permission to release confidential information to the Quality Control unit or Investigations unit. You must cooperate with them to keep your benefits.

You will have to pay back any benefits you got or that were paid to a third party on your behalf for which you were not eligible.

Your expenses may be used to figure the amount of assistance you get. You may have expenses included in your benefit calculation by reporting and giving proof of your expenses. If you do not report or give proof of your expenses, you choose not to claim the expense. You can report and give proof later, and the expense can be used for future months.

Food Assistance

Households eligible for Food Assistance may get a notice that they are eligible for the "Promoting Awareness of the Benefits of a Healthy Marriage" program and a pamphlet listing those benefits. By giving this information, DHS can use different rules that may help you get Food Assistance.

By having signed this application, you agree that all required members of your household will register for work and follow all of the work and training rules.

Rules of the Food Assistance Program

Follow these rules:

- **Don't** hide or give wrong information on purpose to get Food Assistance benefits.
- **Don't** use Food Assistance benefits to buy non-food items like alcohol or tobacco.
- **Don't** trade, sell or give away Food Assistance benefits.
- **Don't** use someone else's Food Assistance benefits for yourself.

Penalties of the Food Assistance Program

Anyone who breaks the above rules:

- May not get Food Assistance benefits for **1 year for the first time, 2 years for the second time, and forever for the third time;**
- May be fined up to $250,000 or jailed up to 20 years or both; and
- May be kept off Food Assistance for an additional 18 months, if court ordered.

If a court finds you guilty of buying, selling, or trading more than $500 in Food Assistance benefits, you will lose benefits forever.

If a court finds you guilty of trading Food Assistance benefits for firearms, ammunition or explosives, you will lose benefits forever.

If a court finds you guilty of trading Food Assistance benefits for controlled substances, you will lose benefits for two years the first time and forever the second time.

You will not get Food Assistance for 10 years if you are found guilty of getting or trying to get Food Assistance in more than one household at a time. This penalty happens if you give wrong information about who you are or where you live.

Giving wrong information on purpose may result in us taking legal action against you, either criminal or civil. It might also mean we reduce your benefits or take money back from you.

Please keep this page for your information.

FIP or Refugee Cash Assistance

Things You Need to Know

Using Your Electronic Access Card (EAC)

You cannot access your cash benefits with your EAC at a:

- Liquor store or any place that mainly sells liquor,
- Casino or other gambling or gaming establishment, or
- Business which provides adult-orientated entertainment in which performers disrobe or perform in an unclothed state (such as a strip club).

If the Department determines that you have accessed your cash benefits with your EAC at one of the above places you:

- Will have committed fraud,
- Have to repay the amount of cash accessed at the location, and
- Your family will not get cash benefits for three months with the first misuse and six months for each additional misuse.

Your Child Support Payments

While you get FIP, you give up your rights to child support. The state of Iowa will keep your child support to pay back the money you get from FIP.

Penalty for Getting FIP in More Than One State

You will not get FIP for 10 years if you are found guilty of getting or trying to get FIP in more than one state at a time. This penalty happens if you give wrong information about where you live.

You Have the Right to Appeal

You, or the person helping you, may request an appeal hearing if you do not agree with any action taken on your case. For Food Assistance, you can appeal in writing or by telephone. For all other programs, you must appeal in writing. To appeal in writing do **one** of the following:

- Fill out an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

You can represent yourself. Or, you can have a friend, relative, lawyer or someone else act on your behalf.

You may contact your county DHS office about legal services. You may have to pay for these legal services. If you do, your payment will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at (800) 532-1275. If you live in Polk County, call (515) 243-1193.

You Will Not Be Discriminated Against

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, please send a letter detailing your complaint to:

Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 or via email contactdhs@dhs.state.ia.us

(Food Assistance only) USDA – Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Ave SW, Washington, DC 20250-9410, or call 1-866-632-9992 voice. Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at 800-877-8339; or 800-845-6136 (Spanish).

Review/Recertification Eligibility Document
(Documento de Elegibilidad para Revisión/Recertificación)

Número del Caso Número del Condado Nombre del Asistente

Siga las instrucciones de las casillas marcadas a continuación.

☐ FIP/Refugee Cash Assistance (asistencia en efectivo para refugiados): Ha llegado el momento de revisar su caso. Complete este formulario y envíelo, o tráigalo, al domicilio que se indica arriba antes del . Estos datos se usarán para decidir si continuará recibiendo beneficios de los programas Family Investment Program (FIP) o Refugee Cash Assistance.

☐ Food Assistance (asistencia para alimentos): Sus beneficios de Food Assistance finalizarán el . Envíe este formulario firmado antes del , para recibir Food Assistance de manera regular el mes próximo, si es que califica.

☐ Si esta casilla está marcada, usted debe concurrir a una entrevista para Food Assistance. Un asistente se comunicará con usted por teléfono o le enviará una carta con información sobre la cita. Si no se presenta a la entrevista, sus beneficios podrían sufrir retraso o cancelación. Debe solicitarle a la oficina local que reprograme la entrevista y también debe presentar el comprobante exigido.

¿Qué debo hacer con este formulario?

- Llenar este formulario.
- Enviar comprobantes si la pregunta indica **Enviar comprobantes** Por ejemplo, los comprobantes de sus ingresos pueden ser sus recibos de sueldo, sus registros de trabajo independiente o las cartas de asignaciones recibidas.
- Firmar y fechar la página 4.
- Envíenos el formulario y el comprobante al domicilio mencionado anteriormente.
- Escriba sus respuestas en una hoja extra si no le alcanza el espacio.

¿Y si deseo hacer preguntas?

Llame a su asistente al teléfono . Aceptamos llamadas por cobrar.

Miembros del Grupo Familiar

Estas personas reciben beneficios con usted o se contabilizan para calcular sus beneficios:

Nombre/Nº de ID Estatal	Número de Social Security	Edad	Último grado escolar terminado	¿Es ciudadano? Sí/No	Si es extranjero ¿estatus?

¿Vive alguien más en su casa que no figura en la lista de la página 1? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, llene la siguiente información.

¿Alguien se ha mudado a su casa o se ha ido de su casa? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, llene la siguiente información.

Nombre	Número de Social Security	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Último grado escolar	Fecha en que se mudó	Fecha en que se fue	¿Ciudadano? Sí/No	Si es extranjero, ¿estatus?

Si se ha mudado, informe su nueva dirección.

Domicilio	Ciudad, estado y código postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad, estado y código postal

Si alguien ha abandonado la escuela o ya no asiste tiempo completo, indique quién es y cuándo.

_____

Si alguien estudia en la universidad o en un programa de capacitación, indique quién, qué estudia y dónde.

_____

Si alguno está en militares, un veterano, o una esposa de un veterano, lista sus nombres y los relacionados.

_____

Indique el domicilio más reciente de cada padre/madre que no vive en el hogar. **Complételo sólo si recibe FIP.**

Nombre del padre/madre que no vive en el hogar	Domicilio de este padre/madre	Nombres de los hijos de este padre/madre

Por favor, díganos acerca de los procesos penales o descalificaciones

¿Alguien está escapando para evitar una acción judicial, custodia o encarcelamiento por un delito? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien está violando una condición de libertad condicional o bajo palabra? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien está encarcelado o se espera que vaya a la cárcel o prisión? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien ha resultado descalificado de un programa de Food Assistance en cualquier estado debido a un caso de fraude o violación del programa? ☐ Sí ☐ No

Ingresos

Envíe comprobantes – Envíe todos los recibos de sueldo o comprobantes de ingresos de los últimos 30 días. Como comprobantes de propinas, envíe recibos de sueldos donde se indiquen las propinas, una declaración del empleador o sus registros de propinas. En el caso de empleos nuevos, envíe comprobantes donde figuren la primera fecha de pago, paga por hora y cantidad de horas semanales. Si dejó de trabajar, envíe un comprobante de la fecha en que cobró por última vez.

Debe informarnos sobre todo el dinero que gana cada una de las personas que vive en su casa. Si deja un espacio en blanco, consideraremos que no percibe este tipo de dinero. Por favor, utilice otra hoja de papel si la necesita.

Enumere todos los trabajos que tienen las personas que viven en su casa.

¿Quién trabaja?	¿Nombre del empleador?	¿Tiene esta persona recibe propinas?
		☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No

¿La cantidad de dinero proveniente de los empleos es más o menos igual que la que se muestra en el comprobante que envía? Si no, explique_____ ☐ Sí ☐ No

¿Alguien ha sido contratado para un trabajo, pero no recibió un cheque de pago todavía ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién?_____ ¿Nombre del empleador?_____

¿El trabajo de alguna persona terminó en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién?_____ ¿Nombre del empleador?_____

¿Qué otro dinero ganan las personas que viven en su casa?	¿Quién recibe el dinero?	Cuanto por mes? **Envíe comprobante**
Por cuenta propia o trabajos esporádicos (Envíe los formularios federales de impuestos más recientes. Si no se completó la declaración de impuestos, envíe los registros que muestren sus ingresos y gastos.)		
Desempleo o Compensación a los Trabajadores		
Seguridad Social or SSI		
Beneficios para veteranos, pensiones o de jubilación		
Manutención de Menores o Pensión de Divorcio		
Dinero de amigos o parientes		
Otros: (Por ejemplo irregulares o una sola vez los pagos) Explique:		

¿La cantidad de dinero es más o menos igual que la que se muestra en el comprobante que envía?

☐ Sí ☐ No Si no, explique por favor_____

Recursos (Activos)

¿Alguien tiene un auto, camioneta, bote, casa rodante, motocicleta u otro vehículo con licencia?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, la lista que el modelo y el año siguiente.

_____

_____

Indique el total de dinero que tienen en:

Cuentas de cheques/ahorro u otras cuentas bancarias o cooperativas de crédito $_____ ¿Quién? _____

Efectivo $_____ ¿Quién? _____

Acciones, bonos, certificados de ahorro, anualidades, IRA, Keogh u otros activos $_____ ¿Quién? _____

Indique si alguien tiene o es propietario de terrenos, edificios, o viviendas, que no sea la casa en que usted vive: _____

Indique si alguien posee una tutela testamentaria o un fideicomiso: _____

¿Alguien tiene seguro de vida o indemnización por fallecimiento? ☐ Sí ☐ No

Para FIP, indique todas las herramientas, maquinarias, ganado o colecciones que tengan:

_____

Gastos

Si tiene gastos de **cuidado diurno** de un niño o un adulto incapacitado que vive con usted, infórmenos.

Quién recibe cuidado: _____ Monto $ _____ por mes

Si alguien paga **manutención de menores** por orden judicial, infórmenos.

Quién paga: _____ Monto $_____ por mes **Envíe comprobante**

Si tiene **gastos médicos** de personas discapacitadas o mayores de 59 años que no están cubiertos por el seguro, infórmenos. Pueden ser facturas de médicos o del hospital, medicamentos, transporte, primas del seguro médico u otros gastos.

Quién paga: _____ Monto $ _____ por mes **Envíe comprobante**

Vivienda y Servicios Públicos (Conteste estas preguntas solamente si recibe Food Assistance.)

¿Cuánto paga por **su parte** de los siguientes gastos?

Alquiler: $_____ por mes

Alquiler de terreno: $_____ por mes

Hipoteca: $_____ por mes

Si paga impuestos o seguros aparte de la hipoteca, indique los montos a continuación:

Impuestos a la propiedad: $_____ por _____

Seguro de propietario: $_____ por _____

Marque las casillas correspondientes a las facturas de servicios públicos que paga:

☐ Luz/electricidad ☐ Teléfono ☐ Recolección de residuos

☐ Gas ☐ Agua y cloacas ☐ Otros costos cobrados por el arrendador

☐ Otras, explique_____

☐ Marque esta casilla si debe pagar facturas por calefacción o aire acondicionado.

☐ Marque aquí si recibió asistencia para energía eléctrica durante el último año.

☐ Marque aquí si reside en una vivienda de renta reducida. Si la respuesta es sí, ¿cuál es su parte de la renta? $_____

Si recibe ayuda para pagar los gastos, infórmenos:

¿Qué gasto fue pagado?	¿Quién lo pagó?	Monto pagado

Cambios esperados

Infórmenos si algo ha cambiado o si espera que algo cambie.

Firma y Fecha

Certifico, bajo pena de cometer perjurio, que:

- Las respuestas que doy son correctas y completas según mi leal saber y entender.
- Mis respuestas con respecto a la ciudadanía o estado legal de extranjero de cada una de las personas que solicitan asistencia son correctas.

Sé que la información que proporcioné podría ocasionar que mis beneficios sean reducidos, aumentados o cancelados y que Department of Human Services podría revisar mi caso.

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

¿Prefiere que nos comuniquemos con usted a la mañana o a la tarde?

¿Qué debo hacer con el formulario?

Después de llenar el formulario, le agradeceremos que lo envíe en el sobre adjunto. Envíelo por correo a la dirección de la oficina que figura en la página 1. La dirección está debajo de su dirección postal. Si desea puede traerlo personalmente a la oficina. Tiene derecho a pedir una solicitud y a presentarla con nombre, domicilio y firma legibles cuando lo desee.

Información sobre el Número de Social Security

Podemos ayudar sólo a aquellas personas que nos den su número de Social Security (SSN) o el comprobante de solicitud expedido por la oficina de Social Security. **No tiene obligación de darnos los SSN de las personas de su grupo familiar para las que no solicita asistencia, pero puede hacerlo si lo desea**. No obstante, utilizaremos los SSN informados del mismo modo que utilizamos los SSN de las personas que reciben asistencia.

Si no nos informa el SSN de algunos de los integrantes de su grupo familiar, deberemos denegar asistencia para dichas personas. Existen algunas excepciones a esta regla. Pregúntele a su asistente. No le informaremos ninguno de los SSN al Citizen and Immigration Service (Servicio de Ciudadanía e Inmigración).

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 4.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
(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)	

Por favor, guarde esta hoja para su información.

Todos los programas

Verificamos todo lo que nos informa

La información que usted nos proporciona puede ser verificada por funcionarios federales, estatales y municipales para asegurarnos que es cierta. Las cosas que podemos verificar con respecto a las personas mencionadas son: SSN, empleo y salario, monto de la cuenta bancaria, montos recibidos de otras fuentes como Social Security o el seguro de desempleo, y el estado legal de extranjero. Si la información que nos proporciona no es correcta, podremos denegar su solicitud.

Podríamos verificar los registros de otros estados para ver si los miembros de su grupo familiar pueden recibir beneficios en Iowa. Esto se hace porque una persona podría haber sido descalificada de un programa en otro estado.

Verificamos y usamos sistemas informáticos como el State Income and Eligibility Verification System. Si algo que nos informó no coincide con la información del sistema, verificaremos para averiguar cuál es la correcta. Podríamos verificar su información contactando a su empleador, su banco o a otras personas.

Cosas que debe saber

Utilizaremos la información provista en este formulario para determinar qué asistencia puede recibir.

La unidad de Control de Calidad o la Unidad de Investigaciones pueden revisar su caso. Ellos pueden contactar a otras personas u organizaciones para obtener pruebas de su información. Al firmar esta solicitud, usted nos autoriza a divulgar información confidencial a la unidad de Control de Calidad o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con ellas para conservar sus beneficios.

En caso de no ser elegible para recibir beneficios, deberá reembolsar todos los beneficios que obtuvo o que hayan sido pagados a terceros en su nombre.

Sus gastos pueden ser usados para calcular el monto de la asistencia que reciba. Puede hacer que se incluyan los gastos en el cálculo de sus beneficios si informa y presenta comprobantes de sus gastos. Si no informa ni presenta comprobantes de sus gastos, entonces se considerará que usted eligió no reclamar el gasto. Puede informar y presentar comprobantes más adelante y el gasto puede ser usado para meses futuros.

Food Assistance (Asistencia para alimentos)

Los hogares elegibles para la Food Assistance tal vez reciban un aviso de elegibilidad para el programa “Promoting Awareness of the Benefits of a Healthy Marriage” (“Concientización sobre los beneficios de un matrimonio saludable”) y un panfleto con dichos beneficios. Al brindar esta información, el DHS puede usar diferentes reglas que pueden ayudarle a obtener Food Assistance.

Al firmar esta solicitud, usted acepta que todos los integrantes exigidos de su grupo familiar se inscribirán para trabajar y cumplirán con todas las normas laborales y de capacitación.

Normas del Programa Food Assistance

Siga estas reglas:

- **No** oculte ni proporcione información falsa a propósito para obtener Food Assistance.
- **No** use los beneficios de Food Assistance para comprar artículos que no sean alimentos, como por ejemplo alcohol o tabaco.
- **No** canjee, venda ni regale los beneficios de Food Assistance.
- **No** utilice los beneficios de Food Assistance de otra persona para su uso personal.

Sanciones del Programa Food Assistance

Toda persona que quebrante las normas mencionadas:

- No recibirá Food Assistance por **1 año la primera vez, 2 años la segunda vez, y en forma permanente la tercera vez;**
- Podrá ser sancionada con una multa de hasta $250,000 o con prisión de hasta 20 años, o ambas; y
- Podrá ser excluida de Food Assistance por 18 meses adicionales, por orden judicial.

Si un tribunal le encuentra culpable de comprar, vender o comerciar con más de $500 de Food Assistance, perderá sus beneficios para siempre.

Si un tribunal le encuentra culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por armas, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.

Si un tribunal le encuentra culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por sustancias controladas, perderá dichos beneficios por dos años la primera vez y para siempre la segunda vez.

No recibirá Food Assistance por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener Food Assistance en más de un estado a la vez. Esta sanción se aplica si proporciona información falsa acerca de quién es o dónde vive.

Dar información falsa a propósito puede ocasionar que iniciemos acciones legales en su contra, ya sea penal o civil. También puede ocasionar que sus beneficios sean reducidos o que deba reembolsar el dinero que recibió.

Por favor, guarde esta página para su información.

FIP o Refugee Cash Assistance (FIP o Asistencia en efectivo para refugiados)

Cosas que debe saber

Cómo utilizar su Electronic Access Card (EAC) (Tarjeta de Acceso Electrónico)

No puede acceder a sus beneficios en efectivo con su tarjeta EAC en:

- Una licorería o cualquier otro lugar que venda principalmente bebidas alcohólicas
- Un casino u otro establecimiento de juegos y apuestas
- Un negocio que brinde servicios de entretenimiento para adultos, en el cual los artistas se desvistan o realicen un espectáculo sin ropa (como por ejemplo un local de strip tease)

Si el Departamento determina que usted ha accedido a beneficios en efectivo con su tarjeta EAC en uno de los lugares mencionados, usted:

- Habrá cometido fraude
- Tendrá que volver a pagar el monto de dinero en efectivo al cual accedió en dicho lugar, y
- Su familia no obtendrá beneficios de dinero en efectivo durante 3 meses luego del primer uso incorrecto de la tarjeta, y 6 meses luego de cada uso incorrecto adicional

Sus pagos de manutención de menores

Mientras reciba FIP, deberá renunciar a sus derechos de manutención de menores. El estado de Iowa retendrá la manutención de menores para reembolsar el dinero que usted recibe de FIP.

Multa por obtener FIP en más de un estado

No recibirá FIP por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener FIP en más de un estado a la vez. Esta sanción se aplica si proporciona información falsa acerca de dónde vive.

Tiene Derecho a Apelar

Usted o la persona que le esté ayudando pueden solicitar una audiencia de apelación si no están de acuerdo con las decisiones tomadas en su caso. En el caso de Food Assistance, puede apelar por escrito o por teléfono. Para todos los otros programas debe apelar por escrito. Para apelar por escrito, haga **una** de las siguientes cosas:

- Complete la solicitud electrónicamente en https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **o**
- Escriba una carta diciéndonos por qué cree que la decisión está errada, **o**
- Llene un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Pídalo en la oficina DHS del condado.

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

Puede representarse usted mismo o pedirle a un amigo, pariente, abogado o alguien más que actúe en su nombre.

Puede contactar a la oficina de DHS de su condado para informarse sobre servicios legales. Es posible que deba pagar dichos servicios. De ser así, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al (515) 243-1193.

No será Discriminado

Es política de Iowa Department of Human Services (DHS) ofrecer trato igualitario con respecto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, incapacidad, ideología política o estatus de veterano.

Si cree que DHS le ha discriminado o acosado, le agradeceremos que envíe una carta explicando detalladamente su queja a:

Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 o a través de correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

(*Únicamente para Food Assistance*) USDA – Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Ave SW, Washington, DC 20250-9410, o llamar al 1-866-632-9992 voz. Las personas que tengan problemas de audición o de habla, pueden contactarse a la USDA a través de Federal Relay Services al 800-877-8339; o al 800-845-6136 (español).

Iowa Department of Human Services

Review/Recertification Eligibility Document

Case Number County Number Worker Name

What must I do with this form?

- Fill out this form.
- Send proof if the question has **Send proof** Examples of proof of the money you get can be check stubs, self-employment records or award letters.
- Sign and date page 4.
- Send this form and your proof to us at the address above.
- Use extra paper, if needed for your answers.

What if I have questions?

Call your worker at . We will accept collect calls.

Household Members

These people get benefits with you or are counted to figure your benefits:

Name/State ID	Social Security Number	Age	Last Grade Completed in School	Citizen? Yes/No	If Alien, Status?

Is there anyone else living in your home that is not listed on page 1? ☐ Yes ☐ No If yes, fill out the information below.

Has anyone moved in or out of your home? ☐ Yes ☐ No If yes, fill out the information below.

Name	Social Security Number	Birth Date	Relationship to You	Last Grade in School	Date Moved In	Date Moved Out	Citizen? Yes/No	If Alien, Status?

If you have moved, give your new address.

Street address	City, State and Zip Code
Mailing address (if different)	City, State and Zip Code

If anyone has dropped out or is no longer attending school full-time, list who and when.

_____

If anyone is in a college or training program, list who and what school or program they are enrolled in.

_____

If anyone is in the military, a veteran, or a spouse of a veteran, list who and which they are.

_____

List the most recent address of each parent not in the home. **Only complete if you receive FIP.**

Name of Parent Not Living in the Home	Address of this Parent	Name of this Parent's Children

Tell Us About Criminal Actions and Disqualifications

Is anyone fleeing to avoid prosecution, custody, or jail for a felony crime? ☐ Yes ☐ No

Is anyone violating a condition of probation or parole? ☐ Yes ☐ No

Is anyone in or expecting to go to jail or prison? ☐ Yes ☐ No

Has anyone been disqualified from a Food Assistance program in any state for fraud or a program violation? ☐ Yes ☐ No

Income

Send proof – Send all pay stubs or proof of income for the last 30 days.
For proof of tips, send pay stubs showing tips, employer's statement, or your tip records. For new jobs, send proof showing first pay date, hourly rate, and weekly number of hours. If job stopped, send proof of the date of the last pay.

You must tell us about all money the people in your household get. If you leave a space blank, we will take that to mean there is no money of this kind. Please use an additional sheet of paper, if needed.

List all jobs the people in your household have.

Who works?	Employer name?	Does this person get tips?
		☐ Yes ☐ No
		☐ Yes ☐ No

Will the amount of money from jobs stay about the same as shown on the proof you are sending? If no, explain_____ ☐ Yes ☐ No

Has anyone been hired for a job but not received a paycheck yet? ☐ Yes ☐ No

If yes, who?_____ Employer name?_____

Has anyone's job ended in the last 30 days? ☐ Yes ☐ No

If yes, who?_____ Employer name?_____

What other money do people in your household get?	Who gets the money?	How much per month? Send Proof
Self-Employment or Odd Jobs (Send the most recent federal tax forms. If tax return was not filed, send records that show income and expenses.)		
Unemployment or Worker's Compensation		
Social Security or SSI		
Veterans Benefits, Pensions or Retirement		
Child Support or Alimony		
Money from Friends or Relatives		
Other: (Including irregular or one time payments) Explain:		

Will the amount of other money stay about the same as shown on the proof you are sending? ☐ Yes ☐ No

If no, explain_____

Resources (Assets)

Does anyone have a car, truck, boat, camper, motorcycle or other vehicle? ☐ Yes ☐ No
If yes, list make, model, year below.

_____

_____

List the money anyone has in:

Checking/savings or other bank/credit union accounts $_____ Who? _____

Cash $_____ Who? _____

Stocks, bonds, savings certificates, annuities, IRAs, Keogh or other assets $_____ Who? _____

List anyone who has or owns any land, buildings, or houses, other than the house you live in: _____

List anyone who has a conservatorship or trust: _____

Does anyone have life or death benefit insurance? ☐ Yes ☐ No

For FIP, list any tools, machinery, livestock, or collections that anyone has:

_____

Expenses

If you have **day care** expenses for a child or a disabled adult who lives with you, tell us.

Who gets care: _____ Amount $ _____ per month

If anyone pays court-ordered **child support**, tell us.

Who pays: _____ Amount $_____ per month **Send proof**

If you have **medical costs** not paid by insurance for anyone who is disabled or over age 59, tell us. These could be doctor or hospital bills, medicine, transportation, health insurance premiums, or other medical expenses.

Who pays: _____ Amount $ _____ per month **Send proof**

Shelter and Utilities (Answer these questions only if you get Food Assistance.)

How much is **your share** of the following expenses:

Rent: $_____ per month

Lot rent: $_____ per month

Mortgage: $_____ per month

If you pay taxes or insurance separate from your mortgage, list amounts below:

Property taxes: $_____ per _____

Homeowner's insurance: $_____ per _____

Check the boxes next to the utility bills you have to pay:

☐ Lights/electricity ☐ Telephone ☐ Garbage and trash

☐ Gas ☐ Water and sewage ☐ Extra charges from your landlord

☐ Other, explain_____

☐ Check here if any of the utility bills you have to pay are for heating or air conditioning.

☐ Check here if you got energy assistance in the past year.

☐ Check here if you are on low rent housing. If yes, what is your part of the rent? $_____

If you get help with your expenses, tell us:

Which Expense Was Paid	Who Paid	Amount Paid

Expected Changes

Tell us if anything has changed or is expected to change.

Sign and Date

I certify, under penalty of perjury, that:

- The answers I give are correct and complete to the best of my knowledge.
- My answers about citizenship or alien status of each person applying for assistance are correct.

I know what I reported may cause my benefits to be reduced, increased, or stopped and that the Department of Human Services may check my case.

Your Signature or Mark	Phone Number	Today's Date
Signature of Person, if Any, Who Helped Complete the Form	Phone Number	Today's Date

If we need to contact you, is morning or afternoon the best time to reach you?

What do I do with the form now?

After you have filled out the form, please send the form back to us using the envelope that was included. Be sure to mail it to the office address printed on page 1. This address is under your mailing address. You may also bring this form to the office. You have the right to ask for an application and submit it with readable name, address, and signature, at any time.

Social Security Number Information

We can give help only to people who give us their social security number (SSN) or proof of application from the Social Security office. **You don't have to give us the SSN for people in your household who you do not want help for, but you may choose to give us their SSN.** However, we will use any SSN given to us the same way we use the SSN of people getting assistance.

If you do not give us a SSN for people in your household, we will deny assistance to those people. There are some exceptions to this. Please ask your worker. We will not give any SSN to the Citizenship and Immigration Service.

Optional Release of Information

Help Us Help You!

You do not have to sign this, but it will help us get information we need to help you, without having to get your signature on specific requests.

You should know that:

- We may need more information to decide if you can get assistance.
- If more information is needed from you, you will get a letter telling you what we need and the date you must get it to us.
- You are responsible to get the information or to ask us for help to get it.
- If you do not give us the information or ask for help by the due date, your application may be denied or your assistance may stop.
- We may be able to use the release below to get the information we need. **But you still have to provide information we request or ask us for help.**
- We may attach a copy of this release to a form that asks other people or organizations (like your employer) for specific information needed about you or others in your household.

Print and sign your name below to give us permission to get needed information. Remember to also sign page 4.

RELEASE OF INFORMATION

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.

A copy of this release is as valid as the original.

This release does not apply to protected health information.

This release is good for 12 months from the date signed.

_____	_____
Your Name (please print clearly)	Other Adult Name (please print clearly)
_____	_____
Signature or Mark	Signature or Mark
_____	
Date	

Please keep this page for your information.

All Programs

We Check What You Tell Us

The information you give us may be checked by federal, state, and local officials to make sure it is true. Things we might check are any listed person's: SSN, job and pay, bank account amount, amounts received from other sources like Social Security or unemployment, and alien status. If any information you give us is not correct, we may deny your application.

We may check records from other states to see if any person in your household can get benefits in Iowa. This may be because a person was disqualified from a program in another state.

We check and use computer systems like the State Income and Eligibility Verification System. If something you told us is different from what the computer system tells us, we will check to find out what is correct. We might check your information by contacting your employer, your bank or other people.

Things You Need to Know

We will use the information you give us on this form to determine what assistance you are eligible to receive.

The Quality Control unit or Investigations unit may review your case. They may contact other people or organizations to get proof of your information. By signing this application, you give permission to release confidential information to the Quality Control unit or Investigations unit. You must cooperate with them to keep your benefits.

You will have to pay back any benefits you got or that were paid to a third party on your behalf for which you were not eligible.

Your expenses may be used to figure the amount of assistance you get. You may have expenses included in your benefit calculation by reporting and giving proof of your expenses. If you do not report or give proof of your expenses, you choose not to claim the expense. You can report and give proof later, and the expense can be used for future months.

Food Assistance

Households eligible for Food Assistance may get a notice that they are eligible for the "Promoting Awareness of the Benefits of a Healthy Marriage" program and a pamphlet listing those benefits. By giving this information, DHS can use different rules that may help you get Food Assistance.

By having signed this application, you agree that all required members of your household will register for work and follow all of the work and training rules.

Rules of the Food Assistance Program

Follow these rules:

- **Don't** hide or give wrong information on purpose to get Food Assistance benefits.
- **Don't** use Food Assistance benefits to buy non-food items like alcohol or tobacco.
- **Don't** trade, sell or give away Food Assistance benefits.
- **Don't** use someone else's Food Assistance benefits for yourself.

Penalties of the Food Assistance Program

Anyone who breaks the above rules:

- May not get Food Assistance benefits for **1 year for the first time, 2 years for the second time, and forever for the third time;**
- May be fined up to $250,000 or jailed up to 20 years or both; and
- May be kept off Food Assistance for an additional 18 months, if court ordered.

If a court finds you guilty of buying, selling, or trading more than $500 in Food Assistance benefits, you will lose benefits forever.

If a court finds you guilty of trading Food Assistance benefits for firearms, ammunition or explosives, you will lose benefits forever.

If a court finds you guilty of trading Food Assistance benefits for controlled substances, you will lose benefits for two years the first time and forever the second time.

You will not get Food Assistance for 10 years if you are found guilty of getting or trying to get Food Assistance in more than one household at a time. This penalty happens if you give wrong information about who you are or where you live.

Giving wrong information on purpose may result in us taking legal action against you, either criminal or civil. It might also mean we reduce your benefits or take money back from you.

Please keep this page for your information.

FIP or Refugee Cash Assistance

Things You Need to Know

Using Your Electronic Access Card (EAC)

You cannot access your cash benefits with your EAC at a:

- Liquor store or any place that mainly sells liquor,
- Casino or other gambling or gaming establishment, or
- Business which provides adult-orientated entertainment in which performers disrobe or perform in an unclothed state (such as a strip club).

If the Department determines that you have accessed your cash benefits with your EAC at one of the above places you:

- Will have committed fraud,
- Have to repay the amount of cash accessed at the location, and
- Your family will not get cash benefits for three months with the first misuse and six months for each additional misuse.

Your Child Support Payments

While you get FIP, you give up your rights to child support. The state of Iowa will keep your child support to pay back the money you get from FIP.

Penalty for Getting FIP in More Than One State

You will not get FIP for 10 years if you are found guilty of getting or trying to get FIP in more than one state at a time. This penalty happens if you give wrong information about where you live.

You Have the Right to Appeal

You, or the person helping you, may request an appeal hearing if you do not agree with any action taken on your case. For Food Assistance, you can appeal in writing or by telephone. For all other programs, you must appeal in writing. To appeal in writing do **one** of the following:

- Fill out an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

You can represent yourself. Or, you can have a friend, relative, lawyer or someone else act on your behalf.

You may contact your county DHS office about legal services. You may have to pay for these legal services. If you do, your payment will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at (800) 532-1275. If you live in Polk County, call (515) 243-1193.

You Will Not Be Discriminated Against

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, please send a letter detailing your complaint to:

Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 or via email contactdhs@dhs.state.ia.us

(Food Assistance only) USDA – Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Ave SW, Washington, DC 20250-9410, or call 1-866-632-9992 voice. Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at 800-877-8339; or 800-845-6136 (Spanish).

Review/Recertification Eligibility Document
(Documento de Elegibilidad para Revisión/Recertificación)

Número del Caso Número del Condado Nombre del Asistente

¿Qué debo hacer con este formulario?

- Llenar este formulario.
- Enviar comprobantes si la pregunta indica **Enviar comprobantes** Por ejemplo, los comprobantes de sus ingresos pueden ser sus recibos de sueldo, sus registros de trabajo independiente o las cartas de asignaciones recibidas.
- Firmar y fechar la página 4.
- Envíenos el formulario y el comprobante al domicilio mencionado anteriormente.
- Escriba sus respuestas en una hoja extra si no le alcanza el espacio.

¿Y si deseo hacer preguntas?

Llame a su asistente al teléfono . Aceptamos llamadas por cobrar.

Miembros del Grupo Familiar

Estas personas reciben beneficios con usted o se contabilizan para calcular sus beneficios:

Nombre/Nº de ID Estatal	Número de Social Security	Edad	Último grado escolar terminado	¿Es ciudadano? Sí/No	Si es extranjero ¿estatus?

¿Vive alguien más en su casa que no figura en la lista de la página 1? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, llene la siguiente información.

¿Alguien se ha mudado a su casa o se ha ido de su casa? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, llene la siguiente información.

Nombre	Número de Social Security	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Último grado escolar	Fecha en que se mudó	Fecha en que se fue	¿Ciudadano? Sí/No	Si es extranjero, ¿estatus?

Si se ha mudado, informe su nueva dirección.

Domicilio	Ciudad, estado y código postal
Dirección postal (si es diferente)	Ciudad, estado y código postal

Si alguien ha abandonado la escuela o ya no asiste tiempo completo, indique quién es y cuándo.

_____

Si alguien estudia en la universidad o en un programa de capacitación, indique quién, qué estudia y dónde.

_____

Si alguno está en militares, un veterano, o una esposa de un veterano, lista sus nombres y los relacionados.

_____

Indique el domicilio más reciente de cada padre/madre que no vive en el hogar. **Complételo sólo si recibe FIP.**

Nombre del padre/madre que no vive en el hogar	Domicilio de este padre/madre	Nombres de los hijos de este padre/madre

Por favor, díganos acerca de los procesos penales o descalificaciones

¿Alguien está escapando para evitar una acción judicial, custodia o encarcelamiento por un delito? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien está violando una condición de libertad condicional o bajo palabra? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien está encarcelado o se espera que vaya a la cárcel o prisión? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien ha resultado descalificado de un programa de Food Assistance en cualquier estado debido a un caso de fraude o violación del programa? ☐ Sí ☐ No

Ingresos

Envíe comprobantes – Envíe todos los recibos de sueldo o comprobantes de ingresos de los últimos 30 días. Como comprobantes de propinas, envíe recibos de sueldos donde se indiquen las propinas, una declaración del empleador o sus registros de propinas. En el caso de empleos nuevos, envíe comprobantes donde figuren la primera fecha de pago, paga por hora y cantidad de horas semanales. Si dejó de trabajar, envíe un comprobante de la fecha en que cobró por última vez.

Debe informarnos sobre todo el dinero que gana cada una de las personas que vive en su casa. Si deja un espacio en blanco, consideraremos que no percibe este tipo de dinero. Por favor, utilice otra hoja de papel si la necesita.

Enumere todos los trabajos que tienen las personas que viven en su casa.

¿Quién trabaja?	¿Nombre del empleador?	¿Tiene esta persona recibe propinas?
		☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No

¿La cantidad de dinero proveniente de los empleos es más o menos igual que la que se muestra en el comprobante que envía? Si no, explique_____ ☐ Sí ☐ No

¿Alguien ha sido contratado para un trabajo, pero no recibió un cheque de pago todavía ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién?_____ ¿Nombre del empleador?_____

¿El trabajo de alguna persona terminó en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién?_____ ¿Nombre del empleador?_____

¿Qué otro dinero ganan las personas que viven en su casa?	¿Quién recibe el dinero?	Cuanto por mes? **Envíe comprobante**
Por cuenta propia o trabajos esporádicos (Envíe los formularios federales de impuestos más recientes. Si no se completó la declaración de impuestos, envíe los registros que muestren sus ingresos y gastos.)		
Desempleo o Compensación a los Trabajadores		
Seguridad Social or SSI		
Beneficios para veteranos, pensiones o de jubilación		
Manutención de Menores o Pensión de Divorcio		
Dinero de amigos o parientes		
Otros: (Por ejemplo irregulares o una sola vez los pagos) Explique:		

¿La cantidad de dinero es más o menos igual que la que se muestra en el comprobante que envía?

☐ Sí ☐ No Si no, explique por favor_____

Recursos (Activos)

¿Alguien tiene un auto, camioneta, bote, casa rodante, motocicleta u otro vehículo con licencia?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, la lista que el modelo y el año siguiente.

_____

_____

Indique el total de dinero que tienen en:

Cuentas de cheques/ahorro u otras cuentas bancarias o cooperativas de crédito $_____ ¿Quién? _____

Efectivo $_____ ¿Quién? _____

Acciones, bonos, certificados de ahorro, anualidades, IRA, Keogh u otros activos $_____ ¿Quién? _____

Indique si alguien tiene o es propietario de terrenos, edificios, o viviendas, que no sea la casa en que usted vive: _____

Indique si alguien posee una tutela testamentaria o un fideicomiso: _____

¿Alguien tiene seguro de vida o indemnización por fallecimiento? ☐ Sí ☐ No

Para FIP o Medicaid, indique todas las herramientas, maquinarias, ganado o colecciones que tengan:

_____

Gastos

Si tiene gastos de **cuidado diurno** de un niño o un adulto incapacitado que vive con usted, infórmenos.

Quién recibe cuidado: _____ Monto $ _____ por mes

Si alguien paga **manutención de menores** por orden judicial, infórmenos.

Quién paga: _____ Monto $_____ por mes **Envíe comprobante**

Si tiene **gastos médicos** de personas discapacitadas o mayores de 59 años que no están cubiertos por el seguro, infórmenos. Pueden ser facturas de médicos o del hospital, medicamentos, transporte, primas del seguro médico u otros gastos.

Quién paga: _____ Monto $ _____ por mes **Envíe comprobante**

Vivienda y Servicios Públicos (Conteste estas preguntas solamente si recibe Food Assistance.)

¿Cuánto paga por **su parte** de los siguientes gastos?

Alquiler: $_____ por mes

Alquiler de terreno: $_____ por mes

Hipoteca: $_____ por mes

Si paga impuestos o seguros aparte de la hipoteca, indique los montos a continuación:

Impuestos a la propiedad: $_____ por _____

Seguro de propietario: $_____ por _____

Marque las casillas correspondientes a las facturas de servicios públicos que paga:

☐ Luz/electricidad ☐ Teléfono ☐ Recolección de residuos
☐ Gas ☐ Agua y cloacas ☐ Otros costos cobrados por el arrendador
☐ Otras, explique_____

☐ Marque esta casilla si debe pagar facturas por calefacción o aire acondicionado.

☐ Marque aquí si recibió asistencia para energía eléctrica durante el último año.

☐ Marque aquí si reside en una vivienda de renta reducida. Si la respuesta es sí, ¿cuál es su parte de la renta? $_____

Si recibe ayuda para pagar los gastos, infórmenos:

¿Qué gasto fue pagado?	¿Quién lo pagó?	Monto pagado

Cambios esperados

Infórmenos si algo ha cambiado o si espera que algo cambie.

Firma y Fecha

Certifico, bajo pena de cometer perjurio, que:

- Las respuestas que doy son correctas y completas según mi leal saber y entender.
- Mis respuestas con respecto a la ciudadanía o estado legal de extranjero de cada una de las personas que solicitan asistencia son correctas.

Sé que la información que proporcioné podría ocasionar que mis beneficios sean reducidos, aumentados o cancelados y que Department of Human Services podría revisar mi caso.

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

¿Prefiere que nos comuniquemos con usted a la mañana o a la tarde?

¿Qué debo hacer con el formulario?

Después de llenar el formulario, le agradeceremos que lo envíe en el sobre adjunto. Envíelo por correo a la dirección de la oficina que figura en la página 1. La dirección está debajo de su dirección postal. Si desea puede traerlo personalmente a la oficina. Tiene derecho a pedir una solicitud y a presentarla con nombre, domicilio y firma legibles cuando lo desee.

Información sobre el Número de Social Security

Podemos ayudar sólo a aquellas personas que nos den su número de Social Security (SSN) o el comprobante de solicitud expedido por la oficina de Social Security. **No tiene obligación de darnos los SSN de las personas de su grupo familiar para las que no solicita asistencia, pero puede hacerlo si lo desea**. No obstante, utilizaremos los SSN informados del mismo modo que utilizamos los SSN de las personas que reciben asistencia.

Si no nos informa el SSN de algunos de los integrantes de su grupo familiar, deberemos denegar asistencia para dichas personas. Existen algunas excepciones a esta regla. Pregúntele a su asistente. No le informaremos ninguno de los SSN al Citizen and Immigration Service (Servicio de Ciudadanía e Inmigración).

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 4.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
(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)	

Por favor, guarde esta hoja para su información.

Todos los programas

Verificamos todo lo que nos informa

La información que usted nos proporciona puede ser verificada por funcionarios federales, estatales y municipales para asegurarnos que es cierta. Las cosas que podemos verificar con respecto a las personas mencionadas son: SSN, empleo y salario, monto de la cuenta bancaria, montos recibidos de otras fuentes como Social Security o el seguro de desempleo, y el estado legal de extranjero. Si la información que nos proporciona no es correcta, podremos denegar su solicitud.

Podríamos verificar los registros de otros estados para ver si los miembros de su grupo familiar pueden recibir beneficios en Iowa. Esto se hace porque una persona podría haber sido descalificada de un programa en otro estado.

Verificamos y usamos sistemas informáticos como el State Income and Eligibility Verification System. Si algo que nos informó no coincide con la información del sistema, verificaremos para averiguar cuál es la correcta. Podríamos verificar su información contactando a su empleador, su banco o a otras personas.

Cosas que debe saber

Utilizaremos la información provista en este formulario para determinar qué asistencia puede recibir.

La unidad de Control de Calidad o la Unidad de Investigaciones pueden revisar su caso. Ellos pueden contactar a otras personas u organizaciones para obtener pruebas de su información. Al firmar esta solicitud, usted nos autoriza a divulgar información confidencial a la unidad de Control de Calidad o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con ellas para conservar sus beneficios.

En caso de no ser elegible para recibir beneficios, deberá reembolsar todos los beneficios que obtuvo o que hayan sido pagados a terceros en su nombre.

Sus gastos pueden ser usados para calcular el monto de la asistencia que reciba. Puede hacer que se incluyan los gastos en el cálculo de sus beneficios si informa y presenta comprobantes de sus gastos. Si no informa ni presenta comprobantes de sus gastos, entonces se considerará que usted eligió no reclamar el gasto. Puede informar y presentar comprobantes más adelante y el gasto puede ser usado para meses futuros.

Food Assistance (Asistencia para Alimentos)

Los hogares elegibles para la Food Assistance tal vez reciban un aviso de elegibilidad para el programa “Promoting Awareness of the Benefits of a Healthy Marriage” (“Concientización sobre los beneficios de un matrimonio saludable”) y un panfleto con dichos beneficios. Al brindar esta información, el DHS puede usar diferentes reglas que pueden ayudarle a obtener Food Assistance.

Al firmar esta solicitud, usted acepta que todos los integrantes exigidos de su grupo familiar se inscribirán para trabajar y cumplirán con todas las normas laborales y de capacitación.

Normas del Programa Food Assistance

Siga estas reglas:

- **No** oculte ni proporcione información falsa a propósito para obtener Food Assistance.
- **No** use los beneficios de Food Assistance para comprar artículos que no sean alimentos, como por ejemplo alcohol o tabaco.
- **No** canjee, venda ni regale los beneficios de Food Assistance.
- **No** utilice los beneficios de Food Assistance de otra persona para su uso personal.

Sanciones del Programa Food Assistance

Toda persona que quebrante las normas mencionadas:

- No recibirá Food Assistance por **1 año la primera vez, 2 años la segunda vez, y en forma permanente la tercera vez;**
- Podrá ser sancionada con una multa de hasta $250,000 o con prisión de hasta 20 años, o ambas; y
- Podrá ser excluida de Food Assistance por 18 meses adicionales, por orden judicial.

Si un tribunal le encuentra culpable de comprar, vender o comerciar con más de $500 de Food Assistance, perderá sus beneficios para siempre.

Si un tribunal le encuentra culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por armas, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.

Si un tribunal le encuentra culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por sustancias controladas, perderá dichos beneficios por dos años la primera vez y para siempre la segunda vez.

No recibirá Food Assistance por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener Food Assistance en más de un estado a la vez. Esta sanción se aplica si proporciona información falsa acerca de quién es o dónde vive.

Dar información falsa a propósito puede ocasionar que iniciemos acciones legales en su contra, ya sea penal o civil. También puede ocasionar que sus beneficios sean reducidos o que deba reembolsar el dinero que recibió.

Por favor, guarde esta página para su información.

FIP o Refugee Cash Assistance (FIP o Asistencia en efectivo para refugiados)

Cosas que debe saber

Cómo utilizar su Electronic Access Card (EAC) (Tarjeta de Acceso Electrónico)

No puede acceder a sus beneficios en efectivo con su tarjeta EAC en:

- Una licorería o cualquier otro lugar que venda principalmente bebidas alcohólicas
- Un casino u otro establecimiento de juegos y apuestas
- Un negocio que brinde servicios de entretenimiento para adultos, en el cual los artistas se desvistan o realicen un espectáculo sin ropa (como por ejemplo un local de strip tease)

Si el Departamento determina que usted ha accedido a beneficios en efectivo con su tarjeta EAC en uno de los lugares mencionados, usted:

- Habrá cometido fraude
- Tendrá que volver a pagar el monto de dinero en efectivo al cual accedió en dicho lugar, y
- Su familia no obtendrá beneficios de dinero en efectivo durante 3 meses luego del primer uso incorrecto de la tarjeta, y 6 meses luego de cada uso incorrecto adicional

Sus pagos de manutención de menores

Mientras reciba FIP, deberá renunciar a sus derechos de manutención de menores. El estado de Iowa retendrá la manutención de menores para reembolsar el dinero que usted recibe de FIP.

Multa por obtener FIP en más de un estado

No recibirá FIP por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener FIP en más de un estado a la vez. Esta sanción se aplica si proporciona información falsa acerca de dónde vive.

Tiene Derecho a Apelar

Usted o la persona que le esté ayudando pueden solicitar una audiencia de apelación si no están de acuerdo con las decisiones tomadas en su caso. En el caso de Food Assistance, puede apelar por escrito o por teléfono. Para todos los otros programas debe apelar por escrito. Para apelar por escrito, haga **una** de las siguientes cosas:

- Complete la solicitud electrónicamente en https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **o**
- Escriba una carta diciéndonos por qué cree que la decisión está errada, **o**
- Llene un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Pídalo en la oficina DHS del condado.

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

Puede representarse usted mismo o pedirle a un amigo, pariente, abogado o alguien más que actúe en su nombre.

Puede contactar a la oficina de DHS de su condado para informarse sobre servicios legales. Es posible que deba pagar dichos servicios. De ser así, su pago se basará en su ingreso. También puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al (515) 243-1193.

No será Discriminado

Es política de Iowa Department of Human Services (DHS) ofrecer trato igualitario con respecto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, incapacidad, ideología política o estatus de veterano.

Si cree que DHS le ha discriminado o acosado, le agradeceremos que envíe una carta explicando detalladamente su queja a:

Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 o a través de correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

(*Únicamente para Food Assistance*) USDA – Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Ave SW, Washington, DC 20250-9410, o llamar al 1-866-632-9992 voz. Las personas que tengan problemas de audición o de habla, pueden contactarse a la USDA a través de Federal Relay Services al 800-877-8339; o al 800-845-6136 (español).

Comm. 20 or Comm. 20(S), Your Guide to Medicaid Fee-for-Service (FFS)

Purpose	Booklet Comm. 20 or Comm. 20(S) gives basic information about the services covered under the Medicaid Program.
Source	Printed supplies of Comm. 20 or Comm. 20(S) may be ordered from Iowa Prison Industries at Anamosa.
Distribution	Give this booklet to Medicaid applicants or other interested persons.
Data	The booklet describes the use of the *Medical Assistance Eligibility Card*, retroactive eligibility, copayment and other member responsibilities, who can provide covered services, the coverage limitations applicable to the various providers, managed care, and use of the Member Services Call Center.

Iowa Department of Human Services

Comm. 20 (Rev. 4/16)

Your Guide to Medicaid Fee-for-Service (FFS)

Member Services:
Toll Free: **1-800-338-8366**
Local: **515-256-4606**
Website: http://dhs.iowa.gov/ime/members
Email: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

*Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono **1-800-338-8366** de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.*

*For telephone accessibility assistance if you are deaf, hard-of-hearing, deaf-blind, or have difficulty speaking, call Relay Iowa TTY at **1-800-735-2942**.*

Welcome to Iowa Medicaid

Medicaid is a health insurance program for certain groups of people based on income levels. In addition to meeting certain income levels, you need to meet specific eligibility requirements before you can be considered for Medicaid. The following are some of these general requirements:

- A child under the age of 21
- A parent living with a child under the age of 18
- A woman who is pregnant
- A woman in need of treatment for breast or cervical cancer
- A person who is elderly (age 65 or older)
- A person who is disabled according to Social Security standards
- An adult between the ages of 19 and 64 and whose income is at or below 133 percent of the Federal Poverty Level (FPL)
- A person who is a resident of Iowa and a U.S. citizen
- Others may qualify

Inside this booklet, you will find information about the three Iowa Medicaid coverage groups and corresponding programs: **IA Health Link**, **Medicaid Fee-for-Service (FFS)**, and **Healthy and Well Kids in Iowa (*hawk-i*)**. Please take a few minutes to review the information in this booklet and if you have any questions, contact the Iowa Medicaid Member Services call center at:

Toll Free: **1-800-338-8366**
In the Des Moines area: **515-256-4606**
Fax: 515-725-1351
Email: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

*Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono **1-800-338-8366** de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.*

*For telephone accessibility assistance if you are deaf, hard-of-hearing, deaf-blind, or have difficulty speaking, call Relay Iowa TTY at **1-800-735-2942**.*

Table of Contents

Member Responsibilities 1

Iowa Medicaid Fee-for-Service (FFS) 2

- Iowa Health and Wellness Plan 3
- Health Insurance Premium Payment Program (HIPP) 3
- Medicare Savings Program (MSP) 4
- Three Day Emergency 4
- Medically Needy (also known as the spenddown program) 5
- Presumptive Eligibility 5
- Retroactive Eligibility for Previous Months 5
- American Indian or Alaskan Native 6
- Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Program 6

IA Health Link Managed Care Program 8

- Iowa Health and Wellness Plan 9
- Long Term Care (LTC) Services 9
- Home- and Community-Based Services (HCBS) Waivers 9
- Intermediate Care Facilities for Persons with Intellectual Disabilities 9
- Residential Care Facilities 9
- Nursing Facilities and Skilled Nursing Facilities 10
- Medicaid for Employed People with Disabilities (MEPD) 10
- Medicare Assistance (Dual Eligibility) 10
- Iowa Family Planning Network (IFPN) 10

Healthy and Well Kids in Iowa (***hawk-i***) 11

Basic Medicaid Fee-for-Service (FFS) Information 12

- Limits to Medicaid-Covered Services 12
- Iowa Medicaid Benefits Packages 13
- Ambulance 16
- Ambulatory Surgical Center 16
- Appeals Process 16
- Behavioral Health 18
- Birth Control and Family Planning Clinics 18
- Card (Iowa Medicaid Eligibility Card) 18
- Case Management (Targeted) 18
- Children's Services 19

- Chiropractic Services 19
- Clinics 19
- Community Mental Health Centers 20
- Copayments 20
- Dental Services 20
- Doctor Visits 21
- Emergency (ER) and Urgent Care 21
- Estate Recovery 21
- Eye Exams and Eyeglasses 22
- Federally Qualified Health Center 22
- Health Home for Members with Chronic Conditions 22
- Hearing Services 23
- Home Health Care 23
- Hospice Care 23
- Hospitalization 24
- Integrated Health Home for Members with Chronic Conditions 24
- Lab and X-ray 24
- Maternity Care and Birth Center Services 24
- Medical Equipment and Supplies 24
- Member Services Call Center 25
- Mental Health and Substance Use Disorder Services (Psychologists and Social Workers) 25
- Midwife Services 25
- Nursing Home Services 26
- Nurse Anesthetists and Nurse Practitioners 26
- Podiatry and Orthopedic Shoes 26
- Prescriptions and Over-the-Counter Drugs 26
- Providers (Who can Provide Services to Iowa Medicaid Members) 28
- Rural Health Clinics 29
- Therapy Services (Occupational, Physical, and Speech) 29
- Tobacco Cessation (Help to Quit Smoking) 29
- Transportation Services 29

Important Contact Information 30

Member Responsibilities

As a Medicaid Fee-for-Service (FFS) member, it is your responsibility to:

- Be knowledgeable about your medical coverage.
- Keep all appointments you make with providers or call to cancel or reschedule. Some providers may stop seeing you if you miss one or more scheduled appointments.
- Ask **only** for medical services that are medically necessary. DHS may limit your services if you use Medicaid for services that are not necessary.
- Tell Iowa Medicaid Member Services about any changes to other health insurance coverage. Tell them if coverage ends, if you lose or get new coverage, or if you change insurance companies.
- Tell your medical providers about anyone else who may be legally responsible to pay your medical bills.
- Report to Iowa Medicaid Member Services if you are injured in an accident or if you claim medical negligence for something that required medical treatment.
- Report any settlements you get from lawsuits, insurance claims, or worker's compensation claims. Medicaid can be denied or canceled if you don't tell DHS about these settlements.
- Contact the Iowa Medicaid Enterprise (IME) if you were in a trauma-related incident. Some examples of trauma include any type of unexpected accident or injury that causes harm to the individual, including but not limited to, automobile or slip and fall. You or an IME representative must give consent before any documents will be released. Call the IME Revenue Collections/Lien Recovery Unit at **1-800-543-6742** or **515-256-4620** in the Des Moines area, Monday through Friday from 8 a.m. to 5 p.m.

Iowa Medicaid Fee-for-Service (FFS)

Some Iowa Medicaid members are served through a Fee-for-Service (FFS) system where their health care providers are paid separately for each service (like an office visit, test, or procedure). Members who are not transitioning to the IA Health Link managed care program will remain in Medicaid FFS. This includes members who qualify for or receive services from the following FFS programs:

- **Iowa Health and Wellness Program**

  On January 1, 2014, Medicaid began to offer a health coverage option to adults age 19-64 with income up to and including 133 percent of the Federal Poverty Level (FPL). (A limited number of members in this program will be in the Medicaid FFS coverage program. The majority of Iowa Health and Wellness Plan members will be in the IA Health Link Program.)
- **Health Insurance Premium Payment Program (HIPP)**
- **Medicare Savings Program (MSP)**
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB)**
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)**
- **Three Day Emergency**
- **Medically Needy** (also known as the **spenddown program**)
- **Presumptive Eligibility** (subject to change once ongoing eligibility is determined)
- **Retroactive Eligibility for Previous Months**
- **American Indian or Alaskan Native program**

  American Indians and Alaskan Natives may choose to enroll in the Managed Care program. If you are a member who identifies as American Indian or Alaskan Native, contact Iowa Medicaid Member Services at 1-800-338-8366 to learn about your healthcare options.
- **Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) program**

Please continue reading for further information on the Iowa Medicaid FFS program and if you have any questions, contact Iowa Medicaid Member Services Call Center at:

Toll Free: **1-800-338-8366**
In the Des Moines are: **515-256-4606**
Fax: 515-725-1351
Email: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

*Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono **1-800-338-8366** de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.*

*For telephone accessibility assistance if you are deaf, hard-of-hearing, deaf-blind, or have difficulty speaking, call Relay Iowa TTY at **1-800-735-2942**.*

Iowa Health and Wellness Plan

A limited number of members in this program will be in the Medicaid FFS coverage program. The majority of Iowa Health and Wellness Plan members will be in the IA Health Link Program. The Iowa Health and Wellness Plan refers to one plan that includes two separate coverage programs. All Iowa Health and Wellness Plan members are covered for the same types of health benefits but how members get medical care is different for each program. Eligibility is based on household income. To be eligible for the Iowa Health and Wellness Plan, you must:

- Be an adult age 19 to 64
- Have an income that does not exceed 133 percent of the Federal Poverty Level
  - Approximately $15,521 for an individual
  - Approximately $20, 921 for a family of two (or higher depending on family size)
- Live in Iowa and be a U.S. citizen
- Not be otherwise eligible for Medicaid or Medicare

For further information, go to: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/IHAWP

Health Insurance Premium Payment Program (HIPP)

The HIPP program helps people get or keep health insurance through their employer by reimbursing the cost of the health insurance premium. HIPP helps by paying for the insurance premium. To qualify for HIPP:

- You or someone in your home must have Medicaid.
- You must have health insurance or be able to get it through your employer.
- The health insurance must be cost-effective.

AIDS/HIV Health Insurance Premium Payment (HIPP)

The AIDS/HIV HIPP program helps people living with AIDS/HIV-related illness. It pays their health insurance premiums when they become too ill to work. To qualify for services under the AIDS/HIV HIPP program, the person must:

- Not qualify for Medicaid
- Be a resident of Iowa
- Provide a doctor's certification that the person cannot work because of AIDS or HIV-related illness
- Be the health insurance plan policyholder or a dependent on the spouse's plan
- Have "liquid" assets (cash, stocks, bank accounts, etc.) less than $10,000
- Meet the income limits

The HIPP program does not provide premium assistance for:

- Insurance for someone who does not live in your home.
- School plans based on enrollment or attendance as a student.
- An insurance plan that pays income to the policyholder or pays only limited amounts for services.
- Plans that are limited to a temporary period of time.

- Plans that have an absent parent as the policyholder, or when the policyholder is not part of your Medicaid household.
- An insurance premium that is used to reduce the Medically Needy Spenddown amount for Medicaid or used as a deduction in computing the client participation.
- Anyone covered by Medicare, Medicaid Kids with Special Needs (MKSN), Iowa Family Planning Network (IFPN), or Health Insurance Plan Iowa (HIPIOWA).
- Insurance is maintained on the Medicaid-eligible persons in the household through more than one source (e.g., insurance maintained by both parents, or a parent and a stepparent, self and a parent).

For further information, go to: http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp

For questions regarding HIPP:

Toll Free: **1-888-346-9562**
Fax: 515-725-0725
Email: hipp@dhs.state.ia.us

Medicare Savings Program (MSP)

Medicaid is a joint federal and state program that helps pay medical costs for individuals with limited income and resources. Individuals with Medicare Part A and/or Part B, who have limited income and resources, may get help paying for their out-of-pocket medical expenses from their State Medicaid Program. Iowa has programs that can help pay your Medicare expenses, like your premiums, deductible, and coinsurance.

Qualified Medicare Beneficiary (QMB)

Under the QMB program, Medicaid only pays Medicare premiums, deductibles, and coinsurance for persons who are qualified Medicare beneficiaries. If you have Medicare Part A and your resources and income are within QMB limits, you could be eligible as a qualified Medicare beneficiary.

Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)

SLMB will only pay your Medicare Part B premium. The income limit is over 100 percent but less than 135 percent of the federal poverty level. Ask your DHS worker about SLMB.

For further information, go to: https://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm060.pdf

For questions regarding MSP, QMB, or SLMB, please contact your local DHS office.

Three Day Emergency

Up to three days of Medicaid is available to pay for the cost of emergency services for aliens who do not meet citizenship, alien status or social security number requirements. The emergency services must be provided in a facility such as a hospital, clinic or office that can provide the required care after the emergency medical condition has occurred.

Medically Needy (also known as the **spenddown program**)

If your income is too high for Medicaid but your medical costs are so high that is uses up most of your income, you may qualify for some payment help through the Medically Needy plan. If you qualify, you are responsible for paying some of the costs of your medical expenses. Medically Needy covers:

Pregnant women if:

- Family income is over 300 percent of the federal poverty limits (FPL) for a household of the same size. This includes the unborn baby.
- Family resources are not more than $10,000. People under age 21 if family income is over the income limit for regular Medicaid.

People who are aged, blind or disabled who:

- Would be eligible for SSI (Supplementary Security Income) except that income or resources (assets) are over the limit, and
- Are age 65 or older, or
- Are legally blind as defined by Social Security, or
- Are disabled as defined by Social Security.

Adults who care for dependent children under the age of 19 and still in school, if:

- They are the parent, aunt, uncle, grandparent or disabled stepparent of a dependent child, and
- Their income is over the income limit for Medicaid for families, or their resources (assets) are over the resource limit for Medicaid for families.

For further information, go to: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/medically-needy

Presumptive Eligibility

Presumptive eligibility (PE) provides Medicaid for a limited time while a formal Medicaid eligibility determination is being made by the Iowa Department of Human Services (DHS). The goal of the presumptive eligibility process is to offer immediate health care coverage to people likely to be Medicaid eligible, before there has been a full Medicaid determination. Based on a household's statements regarding their circumstances and income, a qualified entity (QE) can enter the applicant's information into the Medicaid Presumptive Eligibility Portal (MPEP). If determined to be eligible, the applicant will have temporary Medicaid eligibility during the presumptive eligibility period. A "qualified entity" or QE is generally defined as an enrolled Iowa Medicaid provider who is certified by DHS and is authorized to make presumptive eligibility determinations.

Retroactive Eligibility for Previous Months

You may qualify for Medicaid for up to three months before the month you applied. These months are called the "retroactive period."

You can qualify for retroactive benefits only if **all** of these statements are true:

- You have medical bills for services that you received during the retroactive period. (The bills can be paid or unpaid.)
- The bills are for services covered by Medicaid.
- You would have qualified for Medicaid in the months you got services, if you had applied.

There is an exception. These groups do **not** allow retroactive benefits:

- Iowa Family Planning Network (IFPN)
- Home- and Community-Based Services Waiver (HCBS)
- Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)
- Qualified Medicare Beneficiary (QMB)

For questions regarding Retroactive Eligibility, please contact your local DHS office.

American Indian or Alaskan Native

American Indians and Alaskan Natives may choose to enroll in the Managed Care program. If you are a member who identifies as American Indian or Alaskan Native and would like to enroll in the IA Health Link Managed Care program, please contact Iowa Medicaid Member Services.

American Indian or Alaska Native benefits:

- When eligible American Indians and Alaska Natives enroll in Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP), they are able to get the robust package of health benefits these programs provide.
- Indian Health Facilities benefit when they get federal reimbursement for services delivered to Medicaid and CHIP members.
- Medicaid and CHIP can help American Indian and Alaska Native families as well as their communities.

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Program

PACE is a program that blends Medicaid and Medicare funding. The PACE program must provide all Medicare and Iowa Medicaid covered services as well as other services that will improve and maintain the member's overall health status. The focus of the PACE program is to provide needed services that will allow persons to stay in their homes and communities. Long-term care services are covered, if necessary.

PACE Eligibility Requirements

The PACE program is designed for members who:

- Are 55 years of age or older
- Live in a PACE-designated county
- Have chronic illnesses or disabilities that require a level of care equal to nursing facility services
- Can live safely in their homes and community with help from PACE services

Services Available at the PACE Center	Other PACE Benefits
• Meals • Nutritional counseling • Personal care services • Physical therapy, occupational therapy, and other restorative therapies • Primary medical care (including physician and nursing services) • Recreational therapy and social activities • Social work services • Transportation • Prescription drugs	• Ambulance services • Audiology services • Dental services • Home health services • Hospice services • Inpatient hospital services • Laboratory and x-ray services • Medical equipment and supplies • Nursing facility services • Optometric services • Outpatient hospital services • Palliative care services • Podiatry services

Interdisciplinary Team

The PACE center staff, representing the services listed above; the PACE member, the PACE transportation driver, and the PACE center manager are the PACE interdisciplinary team (IDT). The IDT determines medically necessary services and coordinates all care.

Applying for the PACE Program

PACE designated counties and PACE providers are listed at the following link: http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hcbs/pace

A PACE enrollment coordinator will schedule a meeting to provide further information about the PACE program. If you would like to proceed with an application for the PACE program, the PACE enrollment coordinator and PACE staff will assist you throughout the application process.

IA Health Link Managed Care Program

All new Iowa Medicaid members will receive their Medicaid coverage directly from Iowa Medicaid as a Fee-for-Service (FFS) member for the first two months of service. After eligibility is determined for new members, most members will be placed in the IA Health Link managed care program. Members who will be transitioning to the IA Health Link managed care program will receive information regarding their transition in their first two months of health coverage as an Iowa Medicaid member. IA Health Link is a program that gives members quality health coverage that is covered by a Managed Care Organization (MCO), also known as a health plan. Members in this program choose which MCO will manage their care. Most members who get coverage through Iowa Medicaid will be enrolled in this managed care program.

For information about each MCO and their provider network, you can contact them directly!

Amerigroup Iowa, Inc.
Member Services Phone: **1-800-600-4441**
Website: www.myamerigroup.com/IA
Member Services Email: MPSWeb@amerigroup.com

AmeriHealth Caritas Iowa, Inc.
Member Services Phone: **1-855-332-2440**
Website: www.amerihealthcaritas.com
Member Services Email: members@amerihealthcaritasia.com

UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.
Member Services Phone: **1-800-464-9484**
Website: www.UHCCommunityPlan.com

Each MCO will have a network of providers across the state of Iowa who members may see for care. The MCOs will coordinate care to help members stay healthy. Examples of members who will be transitioning to the IA Health Link Managed Care Program are:

- **Iowa Health and Wellness Program**

  On January 1, 2014, Medicaid began to offer a health coverage option to adults age 19-64 with income up to and including 133 percent of the Federal Poverty Level (FPL). (A limited number of members in this program will be in the Medicaid FFS coverage program. The majority of Iowa Health and Wellness Plan members will be in the IA Health Link Program.)
- **Long Term Care (LTC)**
  - **Home- and Community-Based Services (HCBS) Waivers**
  - **Intermediate Care Facilities for Persons with Intellectual Disabilities**
  - **Residential Care Facilities**
  - **Nursing Facilities and Skilled Nursing Facilities**
- **Medicaid for Employed People with Disabilities (MEPD)**
- **Medicare Assistance (Dual Eligibility)**
- **Iowa Family Planning Network (IFPN)**

For access to the full IA Health Link Managed Care handbook, please visit:
http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/IAHealthLinkMemberHandbook_FinalOnlineVersion.pdf

For further information on the IA Health Link Managed Care program, please visit:
http://dhs.iowa.gov/iahealthlink

Iowa Health and Wellness Plan

A limited number of members in this program will be in the Medicaid FFS coverage program. The majority of Iowa Health and Wellness Plan members will be in the IA Health Link Program. The Iowa Health and Wellness Plan refers to one plan that includes two separate coverage programs. All Iowa Health and Wellness Plan members are covered for the same types of health benefits but how members get medical care is different for each program. Eligibility is based on household income. To be eligible for the Iowa Health and Wellness Plan, you must:

- Be an adult age 19 to 64
- Have an income that does not exceed 133 percent of the Federal Poverty Level
  - Approximately $15,521 for an individual
  - Approximately $20,921 for a family of two (or higher depending on family size)
- Live in Iowa and be a U.S. citizen
- Not be otherwise eligible for Medicaid or Medicare

For further information, go to: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/IHAWP

Long Term Care (LTC) Services

Long term care services are available for Medicaid members to help them maintain a good quality of life in settings such as their home or, if needed, in a facility. Services are intended to help people reach the highest degree of independence possible. Some available LTC services are:

Home- and Community-Based Services (HCBS) Waivers

Home- and Community-Based Services (HCBS) are for people with disabilities and older Iowans who need services to allow them to maintain a good quality of life and stay in their home and community instead of going to an institution. You must be eligible for Medicaid and also meet the requirements of the HCBS program you are applying for and/or receiving. You will need to be certified as being in need of nursing facility level care, skilled nursing facility level care, hospital level care, or being in need of intermediate care or an intermediate care facility for the intellectually disabled. For more information about each HCBS waiver program please visit: http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hcbs

Iowa currently has seven HCBS waiver programs:

- AIDS/HIV waiver
- Brain injury waiver
- Children's mental health waiver
- Elderly waiver
- Health and disability waiver
- Intellectual disability waiver
- Physical disability waiver

Intermediate Care Facilities for Persons with Intellectual Disabilities

Intermediate Care Facilities for Persons with Intellectual Disabilities (ICF/ID) provide 24-hour active treatment and services for persons with intellectual disabilities and other related conditions.

Residential Care Facilities

Residential Care Facilities (RCF) provide organized continuous 24-hour care and services for persons who need supports other than nursing care.

Nursing Facilities and Skilled Nursing Facilities

Nursing facilities provide 24-hour care for individuals who need nursing or skilled nursing care. Medicaid helps with the cost of care in nursing facilities, but you must be medically and financially eligible for care in a nursing facility.

For questions regarding Long Term Care Services, please contact your local DHS office.

Medicaid for Employed People with Disabilities (MEPD)

MEPD is a Medicaid coverage group to allow persons with disabilities to work and continue to have access to medical assistance. MEPD members have all Iowa Medicaid benefits.

People who are disabled and have earned income can get Medicaid under the MEPD program when the person:

- Is under the age 65.
- Is still considered to be disabled based on SSI medical criteria for disability.
- Has earned income from employment or self-employment.
- Meets general SSI-related Medicaid eligibility requirements.
- Is not eligible for any other Medicaid coverage group other than QMB, SLMB, or Medically Needy.
- Have resources less than $12,000 for an individual and $13,000 for a couple.
- Has net family income less than 250 percent of the federal poverty level.
- Pays any premium due for the month of eligibility.

For further information on the MEPD program, please visit:
http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/mepd

For questions regarding Medicaid for Employed People with Disabilities (MEPD), please contact your local DHS office.

Medicare Assistance (Dual Eligibility)

If your income is low and you have a hard time paying Medicare premiums, Medicaid may be able to help pay the premiums. (Please refer to Medicare Savings Program.)

Iowa Family Planning Network (IFPN)

Services are available for men and women between the ages of 12 and 54. Iowa's Family Planning Network (IFPN) waiver program may be able to help with the cost of family planning related services.

Services available in the IFPN:

- Birth control exams and advice
- Limited testing and treatment for sexually transmitted diseases (STDs)
- Pap tests
- Birth control supplies for men and women
- Voluntary sterilization for men and women who are over the age of 21 and have signed a valid sterilization consent form

Services NOT available in the IFPN:

- Hospital visits (except during sterilization)
- Dental
- Vision
- Chiropractic care
- Medical or health care services not related to those covered by IFPN

To check your coverage call Member Services at **1-800-338-8366** or in the Des Moines area at **515-256-4606**.

For further information on the IFPN program, please visit: http://dhs.iowa.gov/ime/members/who-receives-medicaid

For questions regarding Iowa Family Planning Network (IFPN), please contact your local DHS office.

Healthy and Well Kids in Iowa (*hawk-i*)

Iowa offers ***hawk-i*** health care coverage for uninsured children of working families. The amount members pay is based on your family's income. No family pays more than $40 a month and some families pay nothing at all. A child who qualifies for ***hawk-i*** health insurance will get all of his or her health care services through a health plan that has agreed to participate in the program.

For information about each MCO and their provider network, you can contact them directly!

Amerigroup Iowa, Inc.
Member Services Phone: **1-800-600-4441**
Website: www.myamerigroup.com/IA

AmeriHealth Caritas Iowa, Inc.
Member Services Phone: **1-855-332-2440**
Website: www.amerihealthcaritas.com

UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.
Member Services Phone: **1-800-464-9484**
Website: www.UHCCommunityPlan.com

For information about the available dental services and available dental providers, please call:

Delta Dental
Member Services Phone: 1-800-544-0718
Website: http://www.deltadentalia.com/

For further information on the Healthy and Well Kids in Iowa (***hawk-i***) program, please visit: http://www.hawk-i.org/

Basic Medicaid Fee-for-Service (FFS) Information

Please continue reading for further information on the Iowa Medicaid FFS program and if you have any questions, contact Iowa Medicaid Member Services Call Center at:

Toll Free: **1-800-338-8366**
In the Des Moines are: **515-256-4606**
Fax: 515-725-1351
Email: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

*Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono **1-800-338-8366** de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.*

*For telephone accessibility assistance if you are deaf, hard-of-hearing, deaf-blind, or have difficulty speaking, call Relay Iowa TTY at **1-800-735-2942**.*

Limits to Medicaid-Covered Services

Some medical services may require certain approvals or may not be covered at all. Listed below are some limits to Medicaid service coverage; this is not a complete list. Please speak with your healthcare provider if you have questions about these service limitations.

- Limits to coverage for organ and tissue transplants. Only certain types of transplants are covered. For some transplants, you must get approval **before** the transplant. Your provider should know what types of transplants are covered and when approval is needed.
- **No** coverage for surgery for obesity without approval before the surgery. Only certain types of surgeries for obesity are covered, even with approval. Your medical provider should know what is covered. The provider will ask for the approval.
- **No** coverage for cosmetic, plastic, or reconstructive surgery to improve appearance for psychiatric purposes.
- **No** coverage for flatfoot treatment and routine foot care, such as cutting or removing corns or calluses and trimming nails.
- **No** coverage for acupuncture treatments.
- Call the Iowa Department of Human Services (DHS) if you suspect that someone is misusing their Medicaid benefits or someone who is not your provider requests your Medicaid information. Please call the Iowa Department of Human Services at 1-800-831-1394, Monday through Friday from 8 a.m. to 5 p.m.

Iowa Medicaid Benefits Packages

Plan Benefits	Traditional Medicaid Eligibility	Iowa Health and Wellness Plan		Iowa Family Planning Network	Home- and Community-Based Services
		Iowa Wellness Plan	Medically Exempt Coverage (Medicaid State Plan)		
Ambulatory Patient Services • **Physician services** • **Primary care**	Covered	Covered	Covered	Not covered	Covered
Chiropractic	Covered	Covered	Covered	Not covered	Covered
Dental	Covered through Iowa Medicaid	Covered through the Dental Wellness Plan	Covered through the Dental Wellness Plan	Not covered	Covered through Iowa Medicaid
Emergency Services • **Emergency room** • **Ambulance**	Covered	Covered	Covered	Not covered	Covered
Family Planning Services	Covered	Covered	Covered	Covered	Covered
Hearing Aids	Covered	Not covered	Covered	Not covered	Covered
Home Health	Covered	Covered Private duty nursing and personal care is not covered	Covered	Not covered	Covered
Hospice	Covered Respite: May only be used in five-day spans	Covered Respite: 15 day inpatient and 15 day outpatient lifetime limit	Covered Respite: May only be used in five-day spans	Not covered	Covered Respite: May only be used in five-day spans
Hospitalization	Covered	Covered	Covered	Not covered, with exception to sterilization	Covered
Lab Services • **X-rays** • **Lab tests**	Covered	Covered	Covered	Not covered	Covered
Prescription Drugs	Covered	Covered	Covered	Limited to birth control	Covered

Plan Benefits	Traditional Medicaid Eligibility	Iowa Health and Wellness Plan		Iowa Family Planning Network	Home- and Community-Based Services
		Iowa Wellness Plan	Medically Exempt Coverage (Medicaid State Plan)		
Mental Health and Substance Use Disorder Services Inpatient/Outpatient Services provided by: • **Hospitals** • **Psychiatrists** • **Psychologists** • **Social workers** • **Family and marital therapists** • **Licensed mental health counselors**	Covered	Covered	Covered	Not covered	Covered
Other Mental Health Services	Covered	Not covered	Behavioral Health Intervention Services (BHIS) Assertive Community Treatment (ACT)	Not covered	Behavioral Health Intervention Services (BHIS) Assertive Community Treatment (ACT)
Other Benefits					
• **Bariatric surgery**	Covered	Not covered	Covered	Not covered	Covered
• **Temporomandibular Joint (TMJ)**	Not covered	Not covered	Covered	Not covered	Covered
• **Intermediate care facility (nursing facility)**	Covered	Not covered	Not covered; available under other eligible groups	Not covered	Available under certain Waiver programs
• **Intermediate care facility for the intellectually disabled**	Covered	Not covered	Not covered; available under other eligible groups	Not covered	Available under certain Waiver programs
Podiatry	Covered	Covered Routine foot care	Covered	Not covered	Covered

Plan Benefits	Traditional Medicaid Eligibility	Iowa Health and Wellness Plan		Iowa Family Planning Network	Home- and Community-Based Services
		Iowa Wellness Plan	Medically Exempt Coverage (Medicaid State Plan)		
Rehabilitative and Habilitative Services • **Physical therapy** • **Occupational therapy** • **Speech therapy**	Covered	Covered 60 visits covered each year for each therapy type	Covered; no limits	Not covered	Covered; no limits
Skilled Nursing Facility	Covered	Limited to 120 days annually	Limited to 120 days annually	Not covered	Covered; no limits
Non-Emergent Medical Transportation	Covered	Not covered	Covered	Not covered	Covered
Vision Care Exams	Covered	Covered	Covered	Not covered	Covered
Eyeglasses	Covered	Not covered	Covered	Not covered	Covered

Ambulance

In an emergency, call 911 for an ambulance. Tell the ambulance driver to take you to the nearest hospital.

But remember, Medicaid will pay for ambulance transportation to a hospital or skilled nursing facility **only** when it would be dangerous for your health for you to go on your own.

Medicaid may cover an air ambulance when a ground ambulance can't get you to care fast enough. If an ambulance is called to your home and you decline transport, Iowa Medicaid will not pay for the charges. You may be billed and be responsible for payment.

Ambulatory Surgical Center

Medicaid covers surgical services that are medically necessary, with the same limits as for doctor services.

Appeals Process

An appeal is a formal process involving the Department of Human Services (DHS) and the Department of Inspections and Appeals (DIA) regarding unpaid medical bills.

What is an appeal?

An **appeal** is asking for a hearing because you do not like a decision DHS makes. You have the right to file an appeal if you disagree with a decision. You do not have to pay to file an appeal. [441 Iowa Administrative Code Chapter 7].

How do I appeal?

Filing an appeal is easy. You can appeal in person, by telephone or in writing for Food Assistance or Medicaid. You must appeal in writing for all other programs. To appeal in writing, do **one** of the following:

- Complete an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to:

Department of Human Services
Appeals Section, 5th Floor
1305 E Walnut Street
Des Moines, IA 50319-0114

If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

How long do I have to appeal?

For Food Assistance or Medicaid, you have 90 calendar days to file an appeal from the date of a decision. For all other programs, you must file an appeal:

- Within 30 calendar days of the date of decision or
- Before the date of decision goes into effect

If you file an appeal more than 30 but less than 90 calendar days from the date of a decision, you must tell us why your appeal is late. If you have a good reason for filing your appeal late, we will decide if you get a hearing. If you file an appeal 90 days after the date of a decision, we cannot give you a hearing.

Can I continue to get benefits when my appeal is pending?

You may keep your benefits until an appeal is final or through the end of your certification period if you file and appeal.

- Within 10 calendar days of the date the notice is received. A notice is considered to be received 5 calendar days after the date on the notice or
- Before the date a decision goes into effect

Any benefits you get while your appeal is being decided may have to be paid back if the Department's action is correct.

How will I know if I get a hearing?

You will get a hearing notice that tells you the date and time a telephone hearing is scheduled. You will get a letter telling you if you do not get a hearing. This letter will tell you why you did not get a hearing. It will also explain what you can do if you disagree with the decision to not give you a hearing.

Can I have someone else help me in the hearing?

You or someone else, such as a friend or relative can tell why you disagree with the Department's decision. You may also have a lawyer help you, but the Department will not pay for one. Your county DHS office can give you information about legal services. The cost of legal services will be based on your income. You may also call Iowa Legal Aid at 1-800-532-1275. If you live in Polk County, call 515-243-1193.

Policy Regarding Discrimination, Harassment, Affirmative Action, and Equal Employment Opportunity

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees, and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, please send a letter detailing your complaint to: Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114 or via email contactdhs@dhs.state.ia.us

Right to Submit a Grievance

If you want to file a complaint involving access to care, quality of care, communication issues with your primary care provider, or unpaid medical bills and you are enrolled in the Iowa Medicaid FFS program, you may contact Iowa Medicaid Member Services call center at 1-800-338-8366 toll free or 515-256-4606 in the Des Moines area.

Behavioral Health

Most Iowa Medicaid Fee-for-Service (FFS) members are eligible for behavioral health benefits such as mental health services and substance abuse treatment. For further information, contact Iowa Medicaid Member Services.

Birth Control and Family Planning Clinics

Medicaid family planning services include counseling, medical exams, laboratory tests, medications and supplies for family planning. You can get these supplies from any provider who takes Medicaid.

Medicaid covers:

- Most birth control drugs and supplies for men and women. Brand-name birth control drugs or supplies may need your provider's approval.
- Oral contraceptives prescribed in 90-day supplies.

Card (Iowa Medicaid Eligibility Card)

All members receive a *Medical Assistance Eligibility Card* (form 470-1911).

- Keep your card until you get a new one.
- Always carry your card with you and don't let anyone else use it.
- Show your card to the provider every time you get care.
- If you lose your Medicaid card, call Iowa Medicaid Member Services.
- If you go off of Iowa Medicaid and come back on, a new card will not be issued.
- Please contact Member Services to request a new Medicaid card.

Managed Care Organization Card

In addition to the Iowa Medicaid card, IA Health Link Managed Care program members will receive a card from the Managed Care Organization (MCO) whom they are enrolled with. IA Health Link members will need to present both cards when receiving services.

Case Management (Targeted)

Medicaid Targeted Case Management (TC) is a service that manages multiple resources for Medicaid members. It is designed to help persons with intellectual disabilities, brain injury or developmental disabilities gain access to appropriate and necessary medical services and interrelated social and educational services.

Children's Services

Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT) "Care for Kids"

EPSDT is a program for children to receive preventative health care services including oral health services. EPSDT covers Medicaid eligible children ages birth through 20 years of age at no charge. EPSDT will cover health exams and Medicaid will cover any follow-up services needed as a result of the screening.

Services covered by EPSDT:

- Regular medical checkups
- Information about growth, diet, and development
- Immunizations (shots) like measles and mumps
- Regular vision and hearing checkups
- Regular dental checkups

To find out if a doctor, clinic or dentist offers Care for Kids, ask if they are a "Medicaid Provider." Any Medicaid provider can offer the services.

Infant and Toddler Services: Early ACCESS Program

Early ACCESS is Iowa's Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) Part C early intervention system. If you have questions or concerns about how your infant or toddler plays, hears, sees, talks, eats or moves, contact Early ACCESS.

Services are available via phone, email, or the Iowa Family Support Network website. Intake and referral specialists are available by phone Monday through Friday, 8 a.m. to 6 p.m. at **1-888-IAKIDS1 (1-888-425-4371)**.

For further information on the Early ACCESS program, you may also visit: http://www.iafamilysupportnetwork.org/early-access-iowa/what-is-ea

Local or Area Education Services

Medicaid may cover these services provided by local or area education agencies:

- Physical therapy
- Occupational therapy
- Speech therapy
- Mental health services
- Hearing services
- Nursing services

For assistance with children's services, please contact Healthy Families at: **1-800-369-2229**

Chiropractic Services

Except for members who are pregnant or under the age of 18, Medicaid covers only Chiropractic Manipulative Therapy (CMT) for subluxation or misalignment of the spine that is proven by an x-ray.

Clinics

Clinic services have the same coverage and limits as doctors and hospitals. Public Health Clinics are only able to provide immunizations and communicable disease testing under Medicaid.

Community Mental Health Centers

Medicaid may cover services by a psychiatrist, psychologist, social worker or psychiatric nurse. The provider must be on the staff of a DHS-certified community mental health center.

Copayments

Some medical services have a copayment, which is your share of the cost. If there is a copayment, you will pay it to the provider. The provider will tell you the cost.

- You will be charged a $3.00 copayment for each visit to the emergency room that is not considered an emergency. (See below for examples of true emergencies).
- Iowa Health and Wellness Plan members will be charged an $8.00 copayment for each visit to the emergency room that is not considered an emergency

Examples of true emergencies are:

- A serious accident
- Poisoning
- Heart attack
- Stroke
- Severe bleeding
- Severe burns
- Severe shortness of breath

Children under the age of 21 and pregnant women **will not be** charged a copayment for any services.

Dental Services

Iowa Medicaid members will get their dental services from providers in their coverage plan. For further information on dentists in the Iowa Medicaid network, please visit http://dhs.iowa.gov/ime/members/find-a-provider.

Dental services may include teeth cleaning, fillings, extractions, disease control, and surgery. Dental services for Iowa Health and Wellness Plan members are available through the Dental Wellness Plan. Dental services are not available to members enrolled with the Iowa Family Planning Network.

Dental services are available to all other members through the Fee-for-Service (FFS) program. Dental services have these limits:

- Routine exam: 1 time every 6 months
- Teeth cleaning: 1 time every 6 months
- Bitewing x-ray: 1 time every 12 months
- Complete x-ray: 1 time every 5 years, unless there is a need
- Sealant: only 1 time per tooth
- Dentures: 1 time every 5 years
- Complete exam: only once per dental provider

There is a more thorough exam done if you have never been to that dentist or have not been to the dentist in three years.

Doctor Visits

Medicaid covers these services performed in an office, clinic, hospital, your own home or other places:

- Medical and surgical services
- Diagnostic tests, including lab tests
- X-rays
- Treatment procedures
- Physical exams once a year with basic lab tests for members, including children and newly settled refugees, if they qualify

Emergency (ER) and Urgent Care

Emergent Care

An emergency is considered any condition that could endanger your life or cause permanent disability if not treated immediately.

If you have a serious or disabling emergency, you do not need to call your provider. Go directly to the nearest hospital emergency room or call an ambulance. (See the previous page for the definition of emergency situations).

Urgent Care

Urgent care is when you are not in a life-threatening or a permanent disability situation and have time to call your primary care provider. If you have an urgent care situation, you should call your provider to get instructions. The following are some examples of urgent care:

- Fever
- Stomach pain
- Earaches
- Sore throat
- Upper respiratory infection
- Minor cuts and lacerations

Estate Recovery

Federal law calls for Iowa to have an estate recovery program when Medicaid dollars are used to pay for medical assistance for people who are:

- 55 years old or older at the time you get Medicaid.
- Under age 55, live in a long-term care facility and are not likely to return home.

When a person who gets medical assistance dies, their assets must be used to repay the Iowa Department of Human Services (DHS) for the money that was spent on medical care. Assets can include cash, trusts, houses, land, personal property, cars or any other asset that you own at the time of death.

The collection can be delayed if there is a surviving spouse, dependent or disabled child. The collection can also be delayed if the collection would cause hardship to your family.

For additional information about the Estate Recovery Program only, please contact:

Iowa Medicaid Estate Recovery Program
Toll Free: **877-463-7887**
Des Moines area: 515-246-9841
Email: estates@dhs.state.ia.us

Eye Exams and Eyeglasses

Vision services may include eye exams, glasses, repairs to glasses and visual aids. Covered services include:

- Lens correction
- Protective lenses
- New frames
- Safety frames
- Contact lenses
- Replacement glasses
- Vision exams

Contact Member Services for more information on eye care services.

Federally Qualified Health Center

These services are covered, with the same limits as for doctors and dentists. Covered services provided by a federally qualified health center can include doctor, nurse practitioner, physician assistant, and other ambulatory services.

Health Home for Members with Chronic Conditions

Your health home is not a building or a place of residence. It's an approach to care that provides you with a team of professionals working together to meet all your healthcare needs. In some areas, a health home may be available for enrollment. This is an opportunity for you to play a big role in your healthcare and achieve healthier results related to chronic medical conditions. Learn more about this program at https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/health-home.

Who Does a Health Home Cover?

- Includes members enrolled in full Medicaid benefits, Medicaid-Medicare members (dually eligible), adults, and children
- Members must have at least two chronic conditions from the list below, or
- One chronic condition and at risk of a second condition from the list below:
  - Hypertension
  - Overweight
  - Heart disease
  - Diabetes
  - Asthma
  - Substance abuse
  - Mental Health

What Services are Covered by a Health Home?

- A primary care provider that manages all of your healthcare
- A nurse available to help you identify and achieve your health and wellness goals
- Access to support services to remove barriers to achieving better health
- Access to health education and promotion to address smoking, nutrition, and physical activity

- Assistance with transitional care and discharge planning after hospitalization or rehab
- Assistance in finding community resources and support services
- Assisting with managing your medication and medical treatments
- One plan of care that you participate in

How to Apply for Health Home?

It is your choice to become a part of a Health Home. This is a voluntary program, through the engagement of your provider. If you are interested in being part of a Health Home, call Member Services at **1-800-338-8366** or locally in the Des Moines area at **515-256-4606**.

Hearing Services

Medicaid Fee-for-Service (FFS) covers hearing tests and will pay for hearing aids, batteries, supplies, and repairs if you need hearing aids.

Hearing services have these limits:

- Hearing aids: 1 time every 4 years, per ear
- Hearing exams: 1 time every 4 years, per ear

Home Health Care

Home health services can be given in the member's home by a Medicare-certified home health agency for an illness or injury.

Types of care in your home include:

- Skilled nursing care
- Physical, occupational or speech therapy
- Medical social services
- Home health aide

To be covered by Medicaid, home health services must be medically necessary to treat illness or injury and ordered by your physician.

Medicaid does **not** cover:

- Home care services to help people meet personal family and domestic needs
- Full-time nursing care at home
- Private-duty nursing services at home, except for persons up to age 21 when the care is medically necessary and pre-authorized

Hospice Care

For a member who is terminally ill and who decides to forego curative care for his or her terminal illness, hospice provides palliative care that will provide pain management for the terminal illness and related conditions. In addition to pain management, hospice includes other medical, physical, intellectual, emotional, social, and spiritual services for the member and his or her family or natural caregivers consistent with the member's wishes and needs.

For further information on hospice care, please visit:
https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/long-term-care/hospice

Hospitalization

Medicaid Fee-for-Service (FFS) covers both inpatient and outpatient hospital care, with some limits. Please consult your provider for further information.

Integrated Health Home for Members with Chronic Conditions

An Integrated Health Home (IHH) is a team of professionals working together to provide whole-person, patient-centered, coordinated care for adults with a serious mental illness (SMI) and children with a serious emotional disturbance (SED).

How to Apply for Integrated Health Home?

It is your choice to become a part of an Integrated Health Home. This is a voluntary program, through the engagement of your provider. If you are interested in being part of an Integrated Health Home, call Member Services at **1-800-338-8366** or locally in the Des Moines area at **515-256-4606**.

Lab and X-ray

Medicaid FFS covers may lab and x-ray services. Please consult your provider regarding whether the test is covered. If it is not covered by Medicaid, you will have to pay for it.

Maternity Care and Birth Center Services

Maternal health centers provide:

- Prenatal care (care during pregnancy)
- Health education
- Nutritional services
- Social services and case management

Birth center services provide:

- Prenatal care
- Delivery
- Postpartum care (after the birth)

Please contact Member Services for further information on available maternity care and birth center services at **1-800-338-8366** or **515-256-4606** in the Des Moines area, Monday through Friday from 8 a.m. to 5 p.m.

Medical Equipment and Supplies

Medicaid may cover medical equipment and supplies that you need. Your doctor must write an order for equipment and supplies.

Please consult your provider regarding eligibility of medical equipment and supplies.

Member Services Call Center

Iowa Medicaid Member Services

For questions about:

- Billing
- Address changes
- Medicaid Information
- Special approval for authorizations
- New Medicaid card
- Third party liability

Toll Free: **1-800-338-8366** or in the Des Moines area at **515-256-4606**
Monday through Friday; 8 a.m. to 5 p.m.
Email: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

Department of Human Services (DHS) Contact Center

To report changes such as:

- Address
- Birth of a child
- Medical assistance
- Food assistance
- Cash assistance
- Child care assistance
- Lost paperwork
- Employment starts or ends
- How to apply for benefits

Toll Free: **1-877-347-5678**
Monday through Friday; 7 a.m. to 6 p.m.
Find your local DHS office: http://dhs.iowa.gov/dhs_office_locator

Mental Health and Substance Use Disorder Services (Psychologists and Social Workers)

Mental health and substance use disorder services are covered under most Iowa Medicaid coverage programs. Inpatient and outpatient services provided by the following are covered by most Iowa Medicaid programs:

- Hospitals
- Psychiatrists
- Psychologists
- Social workers
- Family and marital therapists
- Licenses mental health counselors

Other mental health services may be available. Please contact Member Services for further information on eligibility.

Before receiving service, please verify that your medical provider serves Iowa Medicaid members.

Midwife Services

Covered services include prenatal, delivery, and postpartum care and other services allowed by state law.

Payment will be made only to certified nurse-midwives who are advanced registered nurse practitioners. Medicaid will not pay lay nurse-midwives who are not advanced registered nurse practitioners.

Nursing Home Services

Medicare Certified Skilled Nursing Facilities

Medicaid helps with the cost of care in a nursing facility. A doctor must certify that you need nursing care, not a hospital, and that you qualify for medical assistance. The Iowa Medicaid Enterprise Medical Services Unit must confirm this. Medicaid may also cover the cost of care if you need the services of a certified nursing facility.

You may keep part of your income for personal needs. The rest goes for the nursing home cost, unless the Family Investment Program (FIP) is your income source.

Make sure you qualify both **medically** and **financially** for care in a nursing home. If you are admitted to a nursing home and later are found not medically or financially eligible for medical assistance, Medicaid will not pay for any care you received.

Nurse Anesthetists and Nurse Practitioners

Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNAs)

Medicaid will pay for services allowed by state law and given by certified registered nurse anesthetists. The limits are the same as for doctors.

If a CRNA is employed by a doctor, hospital or clinic, Medicaid pays the provider that employs the CRNA. Medicaid may also pay CRNAs who are in independent practice.

Advanced Registered Nurse Practitioners (ARNPs)

Medicaid will pay for services allowed by state law and given by nurse practitioners. The limits are the same as for doctors. Medicaid may directly pay nurse practitioners who practice in a specialty recognized by the Iowa Board of Nursing.

Podiatry and Orthopedic Shoes

Orthopedic shoes, shoes for persons with diabetes, inserts, and modifications are covered only if prescribed in writing by a doctor, a physician's assistant or an advanced registered nurse practitioner. If you don't have a written prescription, you must pay for the shoes.

Medicaid covers:

- Foot surgery
- Certain prosthetic appliances for the foot

Medicaid does **not** cover:

- Treatments for flatfoot
- Routine foot care, such as clipping nails or treatment of corns and calluses

Prescriptions and Over-the-Counter Drugs

Most prescription drugs and some over-the-counter drugs are covered. A doctor or qualified medical practitioner must write the order or prescription. For some drugs, prior approval is required as stated in the preferred drug list at http://www.iowamedicaidpdl.com.

Pharmacists must give you the lowest-cost item in stock that meets your provider's order. They must also give you (or your caregiver) information about how to use any drug you receive.

For most drugs, the first prescription must be for a 31-day supply. Some prescriptions cannot be for more than a 15-day supply at first. Refills can then be up to the normal 31-day supply.

Refilling Prescriptions

Your pharmacist may refill a prescription only when you have used 85 percent of the supply:

- Refills for a 30-day supply are allowed after 26 days.
- Refills for a 90-day supply are allowed after 77 days.
- Ask your pharmacist for an exception if you need a longer supply or early refill of a drug or supply for reasons such as travel.

Birth Control

All birth control supplies are covered

- If there is a generic drug, you will need approval for certain brand-name birth control drugs.
- Your pharmacist, doctor, and other providers should know what is covered and what drugs need approval first.
- Oral contraceptives may be prescribed in 90-day supplies.

Prescription Drugs That Are NOT Covered

- Most cough and cold medications
- Weight-loss drugs
- Drugs for cosmetic reasons such as hair growth
- Fertility drugs
- Erectile dysfunction drugs

Medicaid Supplies

You may get up to a 90-day supply for all covered medical supplies.

Over-the-Counter Drugs

Over-the-counter drugs are in regular packages, usually in 100-unit quantities. You may get up to a 31-day supply.

Covered over-the-counter drugs include:

- Aspirin
- Acetaminophen (Tylenol®)
- Multiple vitamins and minerals for pregnant and nursing women
- Multiple vitamins and minerals (with prior approval)

You must show your Iowa Medicaid Eligibility card to your pharmacist to pay for prescription and over-the-counter drugs or supplies. If Medicaid will not pay for a drug or supply the doctor ordered, your pharmacist can explain why.

If you are not satisfied with the explanation, you may contact Iowa Medicaid Member Services. If you are still not satisfied, you can demand a formal, written notice of decision that explains your right to appeal.

Providers (Who can Provide Services to Iowa Medicaid Members)

Iowa Medicaid members will get their healthcare from providers in their coverage plan. If the provider does not participate in Iowa Medicaid, you will have to pay for the services.

Fee-for-Service (FFS) Members

In-State Providers

With Iowa Medicaid FFS, you will choose your own providers. Follow these steps:

1. To search for a provider, you can go to: http://dhs.iowa.gov/ime/members/find-a-provider

   -OR-

   Call Member Services at **1-800-338-8366** or in the Des Moines area at **515-256-4606** Monday through Friday 8 a.m. to 5 p.m.
2. Choose a doctor, dentist, pharmacy, and other providers that take Medicaid.
3. Ask the providers if they take Iowa Medicaid before you make an appointment. Some providers limit their number of Medicaid patients or don't take Medicaid.

   Remember: Make sure the provider understands that you are in Iowa Medicaid. If you don't say you are an Iowa Medicaid member *before* you get services, and the provider doesn't take Iowa Medicaid, you may be billed for the entire cost.
4. Show your Iowa Medicaid card when you get to the appointment.
5. Ask if Medicaid covers the services you need or if you will have to pay for it.

Out-of-State Providers

If you are outside of Iowa and need medical care, check to see whether the provider is enrolled with Iowa Medicaid. A provider who participates in their own state's Medicaid program may not be participating in Iowa Medicaid.

A provider who is enrolled with Iowa Medicaid, must accept what Iowa Medicaid pays. Providers are not allowed to charge you for services that Iowa Medicaid covers.

IA Health Link Members

IA Health Link members will get their health care from providers in their MCO's provider network. For further information on MCO provider networks please visit the Find a Provider webpage at: http://dhs.iowa.gov/iahealthlink/find-a-provider

***Dental services** for IA Health Link members will not be covered by the MCO. For further information on dentists in the Iowa Medicaid network, visit http://dhs.iowa.gov/ime/members/find-a-provider*

hawk-i Members

Members within this plan will get their health care from providers in their MCO's provider network. For further information on MCO provider networks please visit the ***hawk-i*** Health Plans webpage at: http://www.hawk-i.org/en_US/plans.html

***Dental services** for **hawk-i** members will not be covered by the MCO. For further information on dentists in the Iowa Medicaid network, visit http://dhs.iowa.gov/ime/members/find-a-provider*

Rural Health Clinics

Covered services provided by a rural health clinic can include doctor services, nurse practitioner and physician assistant services, visiting nurse services, and other ambulatory services.

Therapy Services (Occupational, Physical, and Speech)

Therapy services are covered when the therapist is employed by a hospital, home health or rehabilitation agency, nursing home or doctor.

Services provided by occupational, physical, and speech therapists in their own independent practice are covered if a therapist is certified and participates in Medicaid.

There are yearly limits on the amount that can be paid, unless you get the services at a hospital outpatient department.

Tobacco Cessation (Help to Quit Smoking)

Medicaid members can get help with quitting the use of tobacco products and smoking. The program is free of charge to all Medicaid members who are age 18 and over. The program provides support over the phone through Quitline Iowa and pharmacy services for payment for nicotine replacement therapy such as patches and gum. In addition, some other drugs may be covered such as Chantix, when properly prescribed by your medical provider.

You must first make an appointment with your provider. Together, you and your doctor will decide the best plan for you.

Members can get help for smoking cessation:

- Call the toll free tobacco cessation helpline at: **1-800-784-8669** (8 a.m. until midnight)
- TDD Line for the hearing impaired at: **1-866-822-2857**
- Your medical provider can assist with a prior authorization for medications for nicotine dependence.

For further information on tobacco cessation, please visit
https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/smoking-cessation

Transportation Services

Non-Emergency Medical Transportation

The non-emergency medical transportation (NEMT) program are services available to eligible members who need a ride to get to their medical appointments. In Iowa, we use a NEMT service broker called TMS Management Group, Inc. to manage all aspects of the NEMT services from authorizing the transportation to claiming for reimbursements.

Iowa Medicaid FFS members who need a ride or want reimbursement for medical travel expenses through TMS must:

1. Call TMS at **1-866-572-7662** at least three business days **before** the medical trip or appointment.
   - Give TMS your full name, state ID number, address, phone number, and trip dates
   - Give TMS the name, address, phone number, and fax number of your medical provider

2. Once you have called TMS, they will:
   - Assess your transportation needs
   - Make sure you qualify
   - Make sure the medical provider is an Iowa Medicaid provider
   - Make sure the service is an Iowa Medicaid covered service
   - Ask for any additional information needed about the trip
   - Make sure the medical trip meets the federal and state requirements for non-emergency medical transportation travel and reimbursement
3. TMS will give the member a confirmation number when the trip is booked.
4. Members who want reimbursement after the medical trip must send TMS:
   - The confirmation number.
   - The claim form.
   - All receipts.

For further information on non-emergency medical transport (NEMT), visit https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/NEMT

Transportation Services for Children

Local transportation is also available for children under age 21 and pregnant women for travel to medical, dental or mental health care at local providers.

- Ask your local *Care for Kids* or maternal health care coordinators to arrange transportation for you.
- For contact information, call the Health Families Line at **1-800-369-2229**.

Important Contact Information

Iowa Medicaid Member Services Call Center

Toll Free: **1-800-338-8366**

In the Des Moines area: **515-256-4606**

Email: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

Hours of operation: Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m.

*Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono **1-800-338-8366** de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.*

For telephone accessibility assistance if you are deaf, hard-of-hearing, deaf-blind, or have difficulty speaking, call Relay Iowa TTY at **1-800-735-2942**.

Iowa Department of Human Services

Comm. 20(S) (Rev. 4/16)

Your Guide to Medicaid Fee-for-Service (FFS)

(Su Guía de Medicaid con pago por servicios (FFS))

Servicios para miembros:
Llamada gratuita: **1-800-338-8366**
Llamada local: **515-256-4606**
Internet: http://dhs.iowa.gov/ime/members
Correo electrónico: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

*Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono **1-800-338-8366** de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.*

*Llame al teléfono de texto **1-800-735-2942** (Relay Iowa TTY) para solicitar asistencia telefónica si es sordo, hipoacúsico, sordo y ciego, o si tiene problemas de habla.*

Bienvenidos a Medicaid de Iowa

Medicaid es un programa de seguros médicos para ciertos grupos de personas de acuerdo a su nivel de ingresos. Además de cumplir con un cierto nivel de ingresos, también debe cumplir con los requisitos de elegibilidad antes de ser considerado para Medicaid. Los siguientes son algunos de los requisitos generales:

- Un menor de 21 años de edad
- Un progenitor que vive con un menor de 18 años de edad
- Una mujer que está embarazada
- Una mujer que necesita tratamiento para cáncer de mama o cáncer cervical
- Una persona de edad avanzada (65 años o más)
- Una persona discapacitada, según las normas de Social Security
- Un adulto entre 19 y 64 años de edad, cuyos ingresos son iguales o inferiores al 133% del índice de pobreza a nivel federal
- Una persona que es residente de Iowa y ciudadana de los Estados Unidos
- Otras personas pueden calificar

En este folleto, encontrará información sobre las tres coberturas grupales de Iowa Medicaid y sus programas correspondientes: ***IA Health Link***, ***Medicaid Fee-for-Service (FFS)*** y ***Healthy and Well Kids in Iowa* (*hawk-i*)**. Le agradeceremos que dedique unos minutos a leer la información contenida en este folleto y, si desea hacer consultas, comuníquese con el centro telefónico de Servicios para Miembros de Medicaid:

Llamada gratuita: **1-800-338-8366**
En el área de Des Moines: **515-256-4606**
Fax: 515-725-1351
Correo electrónico: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

*Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono **1-800-338-8366** de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.*

*Llame al teléfono de texto **1-800-735-2942** (Relay Iowa TTY) para solicitar asistencia telefónica si es sordo, hipoacúsico, sordo y ciego, o si tiene problemas de habla.*

Índice

Responsabilidades de los miembros 1

Iowa Medicaid con pago por servicios (FFS) 2

- Plan *Health and Wellness* de Iowa 3
- Programa para pago de primas del seguro médico (HIPP) 3
- Programa de ahorros de Medicare (MSP) 4
- Emergencia médica por tres días 4
- *Medically Needy* (también llamado programa *spenddown* o con deducible) 5
- Elegibilidad presuntiva 5
- Elegibilidad retroactiva para meses previos 5
- Indígenas estadounidenses y nativos de Alaska 6
- Programa de atención médica con todo incluido para adultos mayores (PACE) 6

Programa de atención médica administrada *IA Health Link* 8

- Plan *Health and Wellness* de Iowa 9
- Servicios para tratamiento a largo plazo (LTC) 9
- Servicios comunitarios y a domicilio (HCBS) 9
- Instituciones de tratamiento intermedio para personas con discapacidad intelectual 9
- Centros residenciales de atención médica 10
- Establecimientos de atención especializada y de especialidades médicas 10
- Medicaid para empleados discapacitados (MEPD) 10
- Asistencia para Medicare (Elegibilidad doble) 10
- Red de planificación familiar de Iowa (IFPN) 11

Healthy and Well Kids in Iowa (*hawk-i*) 11

Información sobre Medicaid básico con pago por servicios (FFS) 12

- Límites de los servicios cubiertos por Medicaid 12
- Paquetes de prestaciones de Iowa Medicaid 13
- Ambulancia 16
- Centro quirúrgico ambulatorio 16
- Proceso de apelación 16
- Salud conductual 18
- Clínicas de planificación familiar y control de la natalidad 18
- Tarjeta (Tarjeta de Elegibilidad de Iowa Medicaid) 18
- Gestión de casos (focalizada) 18
- Servicios para niños y adolescentes 19

- Servicios quiroprácticos 19
- Clínicas 19
- Centros comunitarios de salud mental 20
- Copagos 20
- Servicios odontológicos 20
- Visitas al médico 21
- Atención de emergencias (ER) y de urgencias 21
- Programa de cobro a través del patrimonio sucesorio 21
- Exámenes de la vista y anteojos 22
- Centros médicos con acreditación federal 22
- *Health Home* para miembros con enfermedades crónicas 22
- Servicios para la audición 23
- Atención médica a domicilio 23
- Servicios para enfermos terminales 23
- Hospitalización 24
- Atención integrada de *Home Health* para miembros con enfermedades crónicas 24
- Análisis de laboratorio y radiografías 24
- Servicios en centros de atención maternal y maternidad 24
- Equipo y suministros médicos 24
- Centro telefónico de servicios para miembros 25
- Servicios para salud mental y trastornos por drogadicción (Psicólogos y asistentes sociales) 25
- Servicios de obstetricia 25
- Servicios en centros geriátricos 26
- Personal de enfermería especializado en anestesia y medicina general 26
- Podología y calzado ortopédico 26
- Medicamentos con receta médica y medicamentos de venta libre 26
- Prestadores (¿Quiénes pueden prestar servicios a los miembros de Iowa Medicaid?) 28
- Clínicas rurales 29
- Servicios de terapia (ocupacional, física y del habla) 29
- Tratamiento antitabaco (Ayuda para dejar de fumar) 29
- Servicios de transporte 29

Datos Importantes 30

Responsabilidades de los miembros

En calidad de miembro de Medicaid con pago por servicios (FFS), tiene las siguientes responsabilidades:

- Tener conocimiento sobre su cobertura médica.
- Asistir a todas las citas que haga con sus prestadores o llamar para cancelarlas o reprogramarlas. Algunos prestadores podrían dejar de brindarle tratamiento si no asiste a una o más de las citas programadas.
- Solicitar **sólo** los servicios médicos que sean necesarios por razones de salud. DHS podría limitar sus servicios si utiliza Medicaid para servicios que no son necesarios.
- Informarle a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid sobre todos los cambios que se produzcan en otras coberturas de seguro médico. Informarles si la cobertura finaliza, si pierde o consigue una cobertura nueva, o si cambia de compañía de seguros.
- Informarles a sus prestadores médicos sobre otras personas que podrían tener la obligación legal de pagar sus facturas médicas.
- Informarle a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid si sufre lesiones en un accidente o si inicia una demanda por negligencia médica debido a algo para lo que necesitaba tratamiento médico.
- Informar sobre todas las compensaciones que reciba debido a demandas judiciales, reclamos a seguros o reclamos al seguro de accidentes laborales. Medicaid será denegado o cancelado si no le informa a DHS sobre dichas compensaciones.
- Comunicarse con Iowa Medicaid Enterprise (IME) si sufre un traumatismo debido a un incidente. Algunos ejemplos de traumatismos son: cualquier tipo de accidentes o lesiones imprevistas que causen daños personales, como accidentes automovilísticos o resbalones y caídas. Usted o un representante de IME deben dar el consentimiento antes de que se expida la documentación. Llame a la unidad de cobro de impuestos o gravámenes de IME al **1-800-543-6742** o al **515-256-4620** si vive en el área de Des Moines, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Iowa Medicaid con pago por servicios (FFS)

Algunos miembros de Iowa Medicaid reciben atención a través del sistema de pagos por servicios (llamado *Fee-for-Service* o FFS en inglés), en el cual se les paga a sus prestadores médicos por cada servicio separadamente (por ejemplo: visitas al consultorio, exámenes o procedimientos médicos). Los miembros que no están en el proceso de transición al programa de atención médica administrada de IA Health Link permanecerán en Medicaid FFS. Esto incluye a los miembros que reciben o califican para servicios de los siguientes programas FFS:

- **Programa *Health and Wellness* de Iowa**

  El 1 de enero de 2014, Medicaid comenzó a ofrecer una cobertura médica alternativa para adultos de 19 a 64 años de edad, cuyos ingresos equivalen o son inferiores al 133% del índice de pobreza a nivel federal. (Sólo una cantidad limitada de los miembros de este programa estarán en el programa FFS de Medicaid. La mayoría de los miembros del Plan *Health and Wellness* de Iowa estarán en el Programa *IA Health Link*.)

- **Programa para pago de primas del seguro médico (HIPP)**
- **Programa de ahorros de Medicare (MSP)**
- **Beneficiarios calificados para Medicare (QMB)**
- **Beneficiarios de Medicare con ingresos bajos predefinidos (SLMB)**
- **Emergencia médica por tres días**
- ***Medically Needy*** (también llamado programa ***spenddown*** o con deducible)
- **Elegibilidad presuntiva** (sujeta a cambios cuando se determine la elegibilidad continua)
- **Elegibilidad retroactiva para meses previos**
- **Programa para indígenas estadounidenses y nativos de Alaska**

  Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska pueden optar por inscribirse en el programa de atención médica administrada. Si usted se identifica como indígena estadounidense o nativo de Alaska, comuníquese con Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al 1-800-338-8366 para averiguar sobre sus alternativas de atención médica.

- **Programa de atención médica con todo incluido para adultos mayores (PACE)**

Continúe leyendo para saber más sobre los programas FFS de Iowa Medicaid y, si desea hacer consultas, comuníquese con el centro telefónico de Servicios para Miembros de Iowa Medicaid a:

Llamada gratuita: **1-800-338-8366**
En el área de Des Moines: **515-256-4606**
Fax: 515-725-1351
Correo electrónico: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

*Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono **1-800-338-8366** de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.*

Llame al teléfono de texto 1-800-735-2942 (Relay Iowa TTY) para solicitar asistencia telefónica si es sordo, hipoacúsico, sordo y ciego, o si tiene problemas de habla.

Plan *Health and Wellness* de Iowa

Sólo una cantidad limitada de los miembros en este programa tendrán la cobertura del programa Medicaid FFS. La mayoría de los miembros del Plan *Health and Wellness* de Iowa estarán en el Programa *IA Health Link*. El Plan *Health and Wellness* de Iowa es un solo plan que incluye dos programas diferentes de cobertura. Todos los miembros del Plan *Health and Wellness* de Iowa reciben las mismas prestaciones médicas; la diferencia entre los dos programas es la manera en que los miembros reciben tratamiento médico. La elegibilidad se basa en los ingresos familiares. Para calificar para el Plan *Health and Wellness* de Iowa, es necesario:

- Ser un adulto de 19 a 64 años de edad.
- Tener un ingreso que no exceda el 133% del índice de pobreza a nivel federal.
  - Aproximadamente $15,521 para una persona.
  - Aproximadamente $20,921 para una familia de dos personas (o más, dependiendo del tamaño de la familia).
- Vivir en Iowa y ser ciudadano de los Estados Unidos.
- No ser elegible para Medicaid o Medicare.

Para obtener más información, visite: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/IHAWP

Programa para pago de primas del seguro médico (HIPP)

El programa HIPP le ayuda a conseguir o a conservar el seguro médico a través de su empleador mediante el reintegro del costo de la prima del seguro médico. HIPP le ayuda pagando la prima del seguro. Para calificar para HIPP:

- Usted o alguien que viva en su hogar debe tener Medicaid.
- Debe tener seguro médico o poder conseguirlo a través de su empleador.
- La relación costo-beneficio del seguro médico debe ser rentable.

Pago de primas del seguro médico (HIPP) para SIDA/VIH

El programa HIPP para SIDA/VIH ayuda a aquellas personas que padecen enfermedades asociadas al SIDA/VIH. Les paga las primas del seguro médico cuando están demasiado enfermas para trabajar. Para calificar para este programa, es necesario que:

- No califique para Medicaid.
- Sea residente de Iowa.
- Presente un certificado médico donde se indique que no puede trabajar debido a enfermedades asociadas a SIDA o VIH.
- Sea el titular de una póliza de seguro médico o que figure como dependiente en el plan del cónyuge.
- Posea activos “líquidos” (efectivo, acciones, cuentas bancarias, etc.) por un importe inferior a $10,000 dólares.
- Cumpla con los requisitos sobre límites de ingresos.

El programa HIPP no presta asistencia para el pago de primas de:

- El seguro de alguien que no viva en su hogar.
- Planes escolares basados en la inscripción o asistencia como estudiante.
- Un seguro que le paga ingresos al titular o sólo montos limitados por servicios.
- Planes por un período limitado de tiempo.

- Planes cuyo titular es un progenitor ausente, o cuando el titular no forma parte del grupo familiar con Medicaid.
- Una prima de seguro que se utiliza para reducir el monto deducible de *Medically Needy* o que se descuenta al calcular la participación del cliente.
- Una persona con cobertura de *Medicare, Medicaid Kids with Special Needs* (MKSN), *Iowa Family Planning Network* (IFPN), o *Health Insurance Plan Iowa* (HIPIOWA).
- Un seguro del grupo familiar elegible para Medicaid que es pagado por más de una persona (ej. seguro pagado por el padre y la madre, o por uno de los progenitores y el padrastro/la madrastra, o por el beneficiario y uno de su padre o su madre).

Para obtener más información, visite: http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp

Para consultas sobre HIPP:

Llamada gratuita: **1-888-346-9562**
Fax: 515-725-0725
Correo electrónico: hipp@dhs.state.ia.us

Programa de ahorros de Medicare (MSP)

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del gobierno estatal que ayuda a pagar los gastos médicos de las personas con ingresos y recursos limitados. Las personas que tienen Medicare Parte A y/o Parte B, cuyos ingresos y recursos son limitados, pueden conseguir ayuda del Programa Estatal de Medicaid para pagar los gastos médicos que abonan de su propio bolsillo. Iowa tiene programas que le ayudan a pagar los gastos de Medicare, como las primas, los deducibles y los coseguros.

Beneficiarios calificados para Medicare (QMB)

Bajo el programa QMB, Medicaid paga sólo las primas, los deducibles y los coseguros de aquellos que son beneficiarios calificados para Medicare. Si tiene Medicare Parte A y sus recursos e ingresos están dentro de los límites de QMB, puede ser elegible como beneficiario calificado de Medicare.

Beneficiarios de Medicare con ingresos bajos predefinidos (SLMB)

SLMB paga solamente la prima de Medicare Parte B. El límite de ingresos es superior al 100% e inferior al 135% del índice de pobreza a nivel federal. Consulte a su asistente de DHS acerca de SLMB.

Para obtener más información, visite: https://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Comm060.pdf

Para hacer consultas sobre MSP, QMB o SLMB, comuníquese con la oficina local de DHS.

Emergencia médica por tres días

Medicaid cubre el costo de servicios de emergencia por tres días como máximo para inmigrantes que no cumplan con los requisitos de ciudadanía, situación inmigratoria o número del seguro social. Los servicios de emergencia deben ser provistos en una institución médica, como un hospital, una clínica o un consultorio que pueda prestar la atención necesaria con posterioridad a la emergencia médica.

Medically Needy (también llamado **programa *spenddown*** o con deducible)

Puede calificar para el plan *Medically Needy* si sus ingresos son demasiado altos para Medicaid, pero sus gastos médicos son tan altos que necesitaría usar la mayor parte de sus ingresos para pagarlos. En el caso de calificar, será responsable de pagar parte del costo de sus gastos médicos. *Medically Needy* cubre a:

Mujeres embarazadas si:

- El ingreso familiar es superior al 300% de los límites establecidos según el índice de pobreza a nivel federal (FPL) para un grupo familiar del mismo tamaño. Incluye al bebé en gestación.
- Los recursos familiares no superan los $10,000 dólares. Los menores de 21 años si el ingreso familiar supera el límite de ingresos para Medicaid estándar.

Personas mayores, invidentes y discapacitados que:

- Serían elegibles para SSI (ingreso suplementario de Social Security) si sus ingresos o recursos (bienes) no superaran el límite, y
- Son mayores de 65 años, o
- Están declarados como no videntes, según lo dispuesto por Social Security, o
- Son discapacitados, según las disposiciones de Social Security.

Adultos a cargo de dependientes menores de 19 años que sean estudiantes, si:

- Son los padres, los tíos, los abuelos o padrastro/madrastra discapacitado/a del menor dependiente, y
- Sus ingresos superan el límite de ingresos de Medicaid para familias o sus recursos (bienes) superan el límite de recursos de Medicaid para familias.

Para obtener más información, visite: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/medically-needy

Elegibilidad presuntiva

La elegibilidad presuntiva (PE) provee Medicaid por un tiempo limitado, mientras *Department of Human Services* (DHS) está realizando la determinación formal de elegibilidad para Medicaid. El objetivo del proceso de elegibilidad presuntiva es ofrecer cobertura médica inmediata a las personas que probablemente son elegibles para Medicaid, antes de que se determine que califican para cobertura total de Medicaid. Una entidad acreditada puede ingresar los datos del solicitante en el Portal de Elegibilidad Presuntiva para Medicaid (MPEP), basándose en las declaraciones de una familia acerca de su situación y sus ingresos. Si se determina que es elegible, el solicitante recibirá elegibilidad temporal para Medicaid durante el período de elegibilidad presuntiva. Una “entidad acreditada" generalmente significa un prestador inscripto en Iowa Medicaid que está acreditado por DHS y tiene autorización para hacer determinaciones de elegibilidad presuntiva.

Elegibilidad retroactiva para meses previos

Puede calificar para Medicaid durante los tres meses anteriores al mes en que presentó la solicitud. A esos meses se les llama “período retroactivo”.

Puede calificar para beneficios retroactivos sólo si se cumplen **todas** las condiciones siguientes:

- Tiene facturas médicas por servicios que recibió durante el período retroactivo. (Las facturas pueden haber sido pagadas o estar impagas.)
- Las facturas son por servicios cubiertos por Medicaid.
- Habría calificado para Medicaid durante los meses que recibió servicios, si lo hubiera solicitado.

Hay una excepción. Estas coberturas **no** reconocen beneficios retroactivos:

- Red de planificación familiar de Iowa (IFPN)
- Servicios comunitarios y a domicilio (HCBS)
- Programa de atención médica con todo incluido para adultos mayores (PACE)
- Beneficiarios calificados para Medicare (QMB)

Para hacer consultas sobre la Elegibilidad Retroactiva, comuníquese con la oficina local de DHS.

Indígenas estadounidenses y nativos de Alaska

Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska pueden optar por inscribirse en el programa de atención médica administrada. Comuníquese con Servicios para Miembros de Iowa Medicaid si se identifica como indígena estadounidense o nativo de Alaska y desea inscribirse en el programa de atención médica administrada *IA Health Link*.

Beneficios para indígenas estadounidenses y nativos de Alaska:

- Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska elegibles que se inscriban en Medicaid o en el programa de seguro médico para niños (CHIP), recibirán el paquete completo de prestaciones médicas que ofrecen estos programas.
- Prestaciones en instituciones médicas que reciben reembolso federal por servicios prestados a miembros de Medicaid y CHIP.
- Medicaid y CHIP pueden ayudar a las familias de indígenas estadounidenses y nativos de Alaska, así como también a sus comunidades.

Programa de atención médica con todo incluido para adultos mayores (PACE)

PACE es un programa con financiación conjunta de Medicaid y Medicare. El programa PACE debe prestar todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid de Iowa, así como otros servicios para mejorar y mantener la salud general del miembro. El programa PACE se centra en prestar los servicios necesarios para que las personas puedan permanecer en sus hogares y comunidades. Cubre tratamiento a largo plazo, si es necesario.

Requisitos de elegibilidad para PACE

El programa PACE está diseñado para miembros que:

- Tienen 55 años de edad o más
- Viven en un condado designado para PACE
- Padecen enfermedades crónicas o discapacidades que requieren cuidados equivalentes a los prestados en un establecimiento de cuidados especializados
- Pueden vivir en sus hogares y comunidad con la ayuda de los servicios de PACE

Servicios disponibles en el Centro PACE	Otras prestaciones de PACE
• Comidas • Asesoramiento nutricional • Servicios para aseo personal • Fisioterapia, terapia ocupacional y otras terapias reconstituyentes • Atención médica básica (que incluye visitas al médico y servicios de enfermería) • Terapia recreativa y actividades sociales • Servicios de asistencia social • Transporte • Medicamentos con receta médica	• Servicios de ambulancia • Servicios de audiología • Servicios odontológicos • Servicios médicos a domicilio • Servicios para enfermos terminales • Servicios de hospitalización • Análisis de laboratorio y radiografías • Equipo y suministros médicos • Servicios en establecimientos especializados • Servicios de optometría • Servicios ambulatorios • Cuidados paliativos • Servicios de podología

Equipo interdisciplinario

El equipo interdisciplinario (IDT) de PACE está formado por: el personal del centro PACE que presta los servicios mencionados anteriormente, el miembro de PACE, el conductor del transporte de PACE y el administrador del centro PACE. El IDT determina si los servicios son necesarios por razones de salud y coordina todo el tratamiento.

Solicitud del Programa PACE

Consulte el listado de condados designados para PACE y de los prestadores de PACE en: http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hcbs/pace

Un coordinador de inscripción programará una reunión para brindarle más información sobre el programa PACE. Si desea proceder con la solicitud del programa PACE, el coordinador de inscripción y el personal de PACE le ayudarán con el proceso de solicitud.

Programa de atención médica administrada *IA Health Link*

Todos los miembros nuevos de Iowa Medicaid recibirán cobertura directamente como miembros de Medicaid con pago por servicios (FFS) durante los primeros dos meses. Después de que se determine la elegibilidad, la mayoría de los miembros nuevos recibirán cobertura del programa de atención médica administrada *IA Health Link*. Los miembros que se encuentren en el proceso de transición a *IA Health Link* recibirán información sobre la transición durante los dos primeros meses de cobertura médica como miembros de Iowa Medicaid. *IA Health Link* es un programa que brinda cobertura médica de calidad que está asegurada por una organización administradora de servicios médicos (*Manage Care Organization* o MCO), también conocidas como planes de salud. Los miembros inscriptos en este programa eligen a la MCO que administrará su tratamiento médico. La mayoría de los miembros que reciban cobertura de Iowa Medicaid estarán inscriptos en este programa de atención médica administrada.

¡Llame directamente a las MCO para averiguar sobre los servicios y la red de prestadores!

Amerigroup Iowa, Inc.
Teléfono de servicios para miembros: **1-800-600-4441**
Sitio web: www.myamerigroup.com/IA
Correo electrónico de servicios para miembros: MPSWeb@amerigroup.com

AmeriHealth Caritas Iowa, Inc.
Teléfono de servicios para miembros: **1-855-332-2440**
Sitio web: www.amerihealthcaritas.com
Correo electrónico de servicios para miembros: members@amerihealthcaritasia.com

UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.
Teléfono de servicios para miembros: **1-800-464-9484**
Sitio web: www.UHCCommunityPlan.com

Cada MCO tendrá una red de prestadores en todo el estado de Iowa, a quienes puede acudir para tratamiento. Las MCO coordinarán el tratamiento para que los miembros conserven su buena salud. Algunos ejemplos de miembros en proceso de transición a *IA Health Link* son:

- **Programa *Health and Wellness* de Iowa**
  El 1 de enero de 2014, Medicaid comenzó a ofrecer una cobertura médica alternativa para adultos de 19 a 64 años de edad, cuyos ingresos equivalen o son inferiores al 133% del índice de pobreza a nivel federal. (Sólo una cantidad limitada de los miembros de este programa estarán en el programa FFS de Medicaid. La mayoría de los miembros del Plan *Health and Wellness* de Iowa estarán en el Programa *IA Health Link*.)
- **Tratamiento a largo plazo (LTC)**
  - **Servicios comunitarios y a domicilio (HCBS)**
  - **Instituciones de tratamiento intermedio para discapacitados intelectuales**
  - **Centros residenciales de atención médica**
  - **Establecimientos de atención especializada y de especialidades médicas**
- **Medicaid para empleados discapacitados (MEPD)**
- **Asistencia de Medicare (Elegibilidad doble)**
- **Red de planificación familiar de Iowa (IFPN)**

Para descargar el manual completo de *IA Health Link Managed Care*, visite:
http://dhs.iowa.gov/sites/default/files/IAHealthLinkMemberHandbook_FinalOnlineVersion.pdf

Para obtener más información sobre *IA Health Link*, visite: http://dhs.iowa.gov/iahealthlink

Plan *Health and Wellness* de Iowa

Sólo una cantidad limitada de los miembros en este programa estarán en el programa de cobertura FFS de Medicaid. La mayoría de los miembros del Plan *Health and Wellness* de Iowa estarán en el Programa *IA Health Link*. El Plan *Health and Wellness* de Iowa es un solo plan que incluye dos programas diferentes de cobertura. Todos los miembros del Plan *Health and Wellness* de Iowa reciben las mismas prestaciones médicas; la diferencia entre los dos programas es la manera en que los miembros reciben tratamiento. La elegibilidad se basa en los ingresos familiares. Para calificar para el Plan *Health and Wellness* de Iowa, es necesario:

- Ser un adulto de 19 a 64 años de edad.
- Tener un ingreso que no exceda el 133% del índice de pobreza a nivel federal.
  - Aproximadamente $15,521 dólares para una persona.
  - Aproximadamente $20,921 dólares para una familia de dos personas (o más, dependiendo del tamaño de la familia).
- Vivir en Iowa y ser ciudadano de los Estados Unidos.
- No ser elegible para Medicaid o Medicare.

Para obtener más información, visite: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/IHAWP

Servicios para tratamiento a largo plazo (LTC)

Los servicios de tratamiento a largo plazo están disponibles para miembros de Medicaid con el fin de ayudarles a conservar una buena calidad de vida en su propia casa o en una institución, si es necesario. El propósito es ayudarles a alcanzar el mayor grado de independencia que sea posible. Algunos de los servicios LTC disponibles son:

Servicios comunitarios y a domicilio (HCBS)

Los servicios comunitarios y a domicilio (HCBS) son para personas con discapacidades y adultos mayores que viven en Iowa y que necesitan servicios para llevar una vida de buena calidad y permanecer en sus hogares, en lugar de vivir en una institución. Debe ser elegible para Medicaid y además cumplir con los requisitos del programa HCBS que solicita o que está recibiendo. Deberá contar con la acreditación necesaria para tratamiento en una institución especializada, en un establecimiento de especialidades médicas o en un hospital, o para tratamiento intermedio o en una institución de tratamiento intermedio para discapacitados intelectuales. Para obtener más información sobre cada uno de los programas HCBS, visite: http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hcbs

Actualmente, Iowa cuenta con siete programas especiales de HCBS:

- SIDA/VIH
- Lesiones cerebrales
- Salud mental de niños y adolescentes
- Adultos mayores
- Salud y discapacidad
- Discapacidad intelectual
- Discapacidad física

Instituciones de tratamiento intermedio para personas con discapacidad intelectual

Las instituciones de tratamiento intermedio para personas con discapacidad intelectual (ICF/ID) brindan tratamiento y servicios activos las 24 horas del día para personas con discapacidades intelectuales y otras condiciones asociadas.

Centros residenciales de atención médica

Los centros residenciales (RCF) brindan tratamiento organizado y continuo las 24 horas del día para personas que necesitan servicios de apoyo, además de atención de enfermería.

Establecimientos de atención especializada y de especialidades médicas

Los establecimientos de atención especializada brindan atención las 24 horas del día para personas que necesitan cuidados de enfermería o tratamiento especializado. Medicaid ayuda a pagar el costo del tratamiento, siempre y cuando el paciente necesite el tratamiento por razones de salud y su situación económica califique para tratamiento en estas instituciones.

Para hacer consultas sobre los servicios de tratamiento a largo plazo, comuníquese con la oficina local de DHS.

Medicaid para empleados discapacitados (MEPD)

MEPD es una cobertura grupal de Medicaid para que las personas discapacitadas puedan trabajar y continuar recibiendo asistencia médica. Los miembros de MEPD reciben todas las prestaciones de Iowa Medicaid.

Las personas discapacitadas que tienen ingresos laborales pueden obtener Medicaid bajo el programa MEPD si:

- Son menores de 65 años de edad.
- Se las considera discapacitadas de acuerdo a los requisitos médicos para discapacidad de SSI.
- Tienen ingresos laborales provenientes de empleo o trabajo independiente.
- Cumplen con los requisitos generales de elegibilidad para Medicaid asociados a SSI.
- No califican para ninguna otra cobertura grupal de Medicaid, además de QMB, SLMB o *Medically Needy*.
- Sus recursos son inferiores a $12,000 para una persona y $13,000 para una pareja.
- Los ingresos netos del grupo familiar son inferiores al 250% del índice de pobreza a nivel federal.
- Pagan las primas adeudadas por el mes de elegibilidad.

Para obtener más información sobre el programa MEPD, visite:
http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/mepd

Para hacer consultas sobre Medicaid para empleados discapacitados (MEPD), comuníquese con la oficina local de DHS.

Asistencia para Medicare (Elegibilidad doble)

Si su ingreso es bajo y tiene dificultades para pagar las primas de Medicare, Medicaid puede ayudarle a pagar las primas. (Consulte el Programa de ahorros de Medicare.)

Red de planificación familiar de Iowa (IFPN)

Los servicios están disponibles para hombres y mujeres entre 12 y 54 años de edad. El programa especial de la red de planificación familiar de Iowa puede ayudarle con el costo de los servicios asociados a la planificación familiar.

Servicios disponibles en IFPN:

- Exámenes para control de la natalidad y asesoramiento
- Análisis limitados y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (STD)
- Papanicolaou
- Suministros para control de la natalidad para hombres y mujeres
- Esterilización voluntaria para hombres y mujeres que sean mayores de 21 años y hayan firmado el formulario de consentimiento

Servicios NO disponibles en IFPN:

- Visitas a hospitales (excepto durante la esterilización)
- Dentista
- Oculista
- Tratamiento quiropráctico
- Tratamiento o atención médica sin relación con los servicios cubiertos por IFPN

Para averiguar sobre su cobertura, llame a Servicios para Miembros al **1-800-338-8366** o al **515-256-4606** en el área de Des Moines.

Para obtener más información sobre el programa IFPN, visite:
http://dhs.iowa.gov/ime/members/who-receives-medicaid

Para hacer consultas sobre la Red de Planificación Familiar de Iowa (IFPN), comuníquese con la oficina local de DHS.

Healthy and Well Kids in Iowa (*hawk-i*)

Iowa ofrece la cobertura médica de ***hawk-i*** para los hijos de familias trabajadoras que no tienen seguro. El monto que pagan los miembros se basa en los ingresos de la familia. Ninguna familia paga más de $40 por mes y algunas familias no pagan nada. Los niños que califican para el seguro médico de ***hawk-i*** recibirán todos los servicios de atención médica a través de un plan de salud que ha acordado participar en el programa.

¡Llame directamente a las MCO para obtener más información sobre los servicios y la red de prestadores!

Amerigroup Iowa, Inc.
Teléfono de servicios para miembros: **1-800-600-4441**
Sitio web: www.myamerigroup.com/IA

AmeriHealth Caritas Iowa, Inc.
Teléfono de servicios para miembros: **1-855-332-2440**
Sitio web: www.amerihealthcaritas.com

UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.
Teléfono de servicios para miembros: **1-800-464-9484**
Sitio web: www.UHCCommunityPlan.com

Para obtener información sobre los servicios dentales y los odontólogos disponibles, llame a:

Delta Dental
Teléfono de servicios para miembros: 1-800-544-0718
Sitio web: http://www.deltadentalia.com/

Para obtener más información sobre el programa Healthy and Well Kids in Iowa (***hawk-i***), visite: http://www.hawk-i.org/

Información sobre Medicaid básico con pago por servicios (FFS)

Continúe leyendo para saber más sobre los programas FFS de Medicaid en Iowa y, si desea hacer consultas, comuníquese con el centro telefónico de Servicios para Miembros de Iowa Medicaid a:

Llamada gratuita: **1-800-338-8366**
En el área de Des Moines: **515-256-4606**
Fax: 515-725-1351
Correo electrónico: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

*Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono **1-800-338-8366** de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.*

Llame al teléfono de texto 1-800-735-2942 (Relay Iowa TTY) para solicitar asistencia telefónica si es sordo, hipoacúsico, sordo y ciego, o si tiene problemas de habla.

Límites de los servicios cubiertos por Medicaid

Algunos servicios médicos pueden requerir autorización o no estar cubiertos. A continuación, se detallan algunas de las limitaciones de la cobertura de Medicaid; esta lista no está completa. Hable con su prestador de atención médica si desea hacer consultas sobre las limitaciones de estos servicios.

- Limitaciones de la cobertura para trasplantes de órganos o tejidos. Cubre sólo ciertos tipos de trasplantes. En el caso de algunos trasplantes, debe conseguir autorización **antes** del trasplante. Su prestador le informará qué tipos de trasplantes están cubiertos y si se necesita autorización.
- **No** cubre cirugía por obesidad sin autorización previa. Cubre sólo ciertos tipos de cirugías por obesidad, aún con autorización. Su médico le informará qué cirugías están cubiertas y solicitará la autorización.
- **No** cubre cirugía cosmética, cirugía plástica o reconstructiva para mejorar la apariencia o con fines psiquiátricos.
- **No** cubre tratamiento para pie plano, ni pedicuría de rutina, como cortar las uñas o extraer callosidades y durezas.
- **No** cubre tratamientos con acupuntura.
- Llame a *Iowa Department of Human Services* (DHS) si sospecha que alguien está haciendo mal uso de sus beneficios de Medicaid o si alguien que no es su médico le solicita sus datos de Medicaid. Llame a *Iowa Department of Human Services* al 1-800-831-1394, de lunes a viernes, desde las 8:00 a.m. hasta las 5:00 p.m.

Paquetes de prestaciones de Iowa Medicaid

Prestaciones del plan	Elegibilidad para Medicaid Tradicional	Plan Health and Wellness de Iowa		Red de planificación familiar de Iowa	Servicios comunitarios y a domicilio
		Plan Wellness de Iowa	Cobertura de exención médica (Plan estatal de Medicaid)		
Servicios para pacientes ambulatorios • **Servicios de médicos** • **Atención primaria**	Cubierto	Cubierto	Cubierto	No cubierto	Cubierto
Servicios quiroprácticos	Cubierto	Cubierto	Cubierto	No cubierto	Cubierto
Dentista	Cubierto por Iowa Medicaid	Cubierto por el Plan Dental Wellness	Cubierto por el Plan Dental Wellness	No cubierto	Cubierto por Iowa Medicaid
Servicios de emergencia • **Sala de emergencias** • **Ambulancia**	Cubierto	Cubierto	Cubierto	No cubierto	Cubierto
Servicios de planificación familiar	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Audífonos	Cubierto	No cubierto	Cubierto	No cubierto	Cubierto
Servicios a domicilio	Cubierto	Cubierto No cubre enfermeros particulares y aseo personal	Cubierto	No cubierto	Cubierto
Servicios para pacientes terminales	Cubierto Relevo (*respite*): Cada 5 días solamente	Cubierto Relevo (*respite*): Límite vitalicio de 15 días hospitalizado y 15 días ambulatorios	Cubierto Relevo (*respite*): Cada 5 días solamente	No cubierto	Cubierto Relevo (*respite*): Cada 5 días solamente
Hospitalización	Cubierto	Cubierto	Cubierto	No cubierto, excepto para esterilización	Cubierto
Servicios de laboratorio • **Radiografías** • **Análisis de laboratorio**	Cubierto	Cubierto	Cubierto	No cubierto	Cubierto
Medicamentos con receta médica	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Limitado a control de la natalidad	Cubierto

Prestaciones del plan	Elegibilidad para Medicaid Tradicional	Plan Health and Wellness de Iowa		Red de planificación familiar de Iowa	Servicios comunitarios y a domicilio
		Plan Wellness de Iowa	Cobertura de exención médica (Plan estatal de Medicaid)		
Servicios de salud mental y adicciones para pacientes hospitalizados y ambulatorios, provistos por: • **Hospitales** • **Psiquiatras** • **Psicólogos** • **Asistentes sociales** • **Terapeutas familiares y de parejas** • **Terapeutas acreditados en salud mental**	Cubierto	Cubierto	Cubierto	No cubierto	Cubierto
Otros servicios de salud mental	Cubierto	No cubierto	Servicios de intervención conductual (BHIS) Tratamiento comunitario asertivo (ACT)	No cubierto	Servicios de intervención conductual (BHIS) Tratamiento comunitario asertivo (ACT)
Otras prestaciones					
• **Cirugía bariátrica**	Cubierto	No cubierto	Cubierto	No cubierto	Cubierto
• **Articulación temporomandibular (TMJ)**	No cubierto	No cubierto	Cubierto	No cubierto	Cubierto
• **Instituciones de cuidado intermedio (cuidados especializados)**	Cubierto	No cubierto	No cubierto; disponible a través de otras coberturas elegibles.	No cubierto	Disponible a través de ciertos programas especiales (*waiver*)
• **Institución de cuidado intermedio para discapacitados intelectuales**	Cubierto	No cubierto	No cubierto; disponible a través de otras coberturas elegibles.	No cubierto	Disponible a través de ciertos programas especiales (*waiver*)
Podología	Cubierto	Cubierto Pedicuría de rutina	Cubierto	No cubierto	Cubierto

Prestaciones del plan	Elegibilidad para Medicaid Tradicional	Plan Health and Wellness de Iowa		Red de planificación familiar de Iowa	Servicios comunitarios y a domicilio
		Plan Wellness de Iowa	Cobertura de exención médica (Plan estatal de Medicaid)		
Servicios de rehabilitación y habilitación • **Fisioterapia** • **Terapia ocupacional** • **Terapia del habla**	Cubierto	Cubierto Cubre 60 visitas por año de cada tipo de terapia	Cubierto; sin límites	No cubierto	Cubierto; sin límites
Inst. de especialidades médicas	Cubierto	120 días por año	120 días por año	No cubierto	Cubierto; sin límites
Transporte médico de rutina	Cubierto	No cubierto	Cubierto	No cubierto	Cubierto
Exámenes de la visión	Cubierto	Cubierto	Cubierto	No cubierto	Cubierto
Anteojos	Cubierto	No cubierto	Cubierto	No cubierto	Cubierto

Ambulancia

En casos de emergencia, llame al 911 para pedir una ambulancia. Dígale al conductor de la ambulancia que lo lleve al hospital más cercano.

Pero recuerde, Medicaid pagará el transporte en ambulancia a un hospital o a un centro médico especializado **sólo** si su salud estuviera en riesgo al trasladarse por sus propios medios.

Medicaid puede cubrir el costo de una ambulancia aérea si la ambulancia terrestre no pudiera trasladar al paciente lo suficientemente rápido para que reciba tratamiento. Iowa Medicaid no pagará los gastos si pide una ambulancia y rechaza el servicio cuando la ambulancia llega a su hogar. La factura se hará a su nombre y será responsable de pagarla.

Centro quirúrgico ambulatorio

Medicaid cubre las cirugías que son necesarias por razones de salud, con las mismas limitaciones que los servicios prestados por los médicos.

Proceso de apelación

Una apelación es un proceso formal en el que intervienen *Department of Human Services* (DHS) y *Department of Inspections and Appeals* (DIA) debido a facturas médicas impagas.

¿Qué es una apelación?

Una **apelación** es solicitar una audiencia porque no le gusta la decisión que tomó DHS. Tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con una resolución. No tiene que pagar nada para presentar la apelación. [Código Administrativo de Iowa, Capítulo 7, artículo 441].

¿Cómo se apela?

Presentar una apelación es sencillo. Puede apelar personalmente, por teléfono o por escrito para Food Assistance o Medicaid. Debe apelar por escrito para todos los demás programas. Debe apelar por escrito de una de las siguientes maneras:

- Complete el formulario electrónico de apelación 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 su apelación o llévela a:

Department of Human Services
Appeals Section, 5th Floor
1305 E Walnut Street
Des Moines, IA 50319-0114

Si necesita ayuda para presentar la apelación, pregunte en la oficina de DHS.

¿Cuánto tiempo tengo para apelar?

Para presentar la apelación de Food Assistance o Medicaid, tiene 90 días corridos contados a partir de la fecha de la resolución. Para todos los demás programas, debe presentar la apelación:

- En un plazo de 30 días corridos a partir de la fecha de una resolución, o
- Antes de la fecha en que la resolución entrará en vigencia.

Si presenta la apelación después de transcurridos 30 días, pero antes de los 90 días corridos posteriores a la fecha de la resolución, deberá explicarnos por qué presentó la apelación tardíamente. Si existió una causa justificada por la cual presentó la apelación tardíamente, nosotros decidiremos si se le concederá una audiencia. No podremos concederle una audiencia si presenta la apelación con posterioridad a los 90 días corridos contados a partir de la fecha de la resolución.

¿Puedo continuar recibiendo beneficios mientras mi apelación esté pendiente?

Puede conservar sus beneficios hasta que la apelación finalice o hasta el final de su período de certificación si presenta la apelación:

- En un plazo de 10 días corridos a partir de la fecha en que recibió la notificación. Se considera que la notificación será recibida 5 días después de la fecha que figura en la notificación, o
- Antes de la fecha en que la resolución entrará en vigencia.

Si se determina que el Departamento actuó correctamente, podría tener que devolver todos los beneficios que reciba mientras se resuelve la apelación.

¿Cómo sabré si se me concedió una audiencia?

Recibirá una notificación de audiencia informándole la fecha y la hora programadas para la audiencia telefónica. En el caso de no concederle una audiencia, le enviaremos una carta informándole el motivo de dicha decisión. También se le explicará qué puede hacer si no está de acuerdo con la decisión de no concederle una audiencia.

¿Puede ayudarme otra persona en la audiencia?

Usted u otra persona, como un amigo o un familiar, podrán explicar por qué no está de acuerdo con la decisión del Departamento. También podrá tener ayuda de un abogado, pero el Departamento no pagará los honorarios del mismo. La oficina DHS de su condado le puede dar información sobre servicios legales. El costo de los servicios legales se calculará de acuerdo a sus ingresos. Además, puede llamar a Iowa Legal Aid al 1-800-532-1275. Si vive en Condado de Polk, llame al 515-243-1193.

Política sobre discriminación, acoso, acción afirmativa e igualdad de oportunidades laborales

La política de *Iowa Department of Human Services* (DHS) es brindarles tratamiento igualitario 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 ha sufrido discriminación o acoso, puede enviar una carta de queja a: *Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut Street, Des Moines, IA 50319-0114* o por correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us

Derecho a presentar quejas

Si está inscripto en el programa FFS de Iowa Medicaid y desea presentar un reclamo sobre acceso a atención médica, calidad del tratamiento, problemas de comunicación con su médico de atención primaria o facturas médicas impagas, comuníquese con el centro telefónico de Servicios para Miembros de Iowa Medicaid al 1-800-338-8366 (llamada gratuita) o al 515-256-4606 en el área de Des Moines.

Salud conductual

La mayoría de los miembros de Iowa Medicaid con pago por servicios (FFS) califican para prestaciones de la salud conductual, como servicios de salud mental y tratamiento para adicciones. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros de Iowa Medicaid.

Clínicas de planificación familiar y control de la natalidad

Los servicios de planificación familiar de Medicaid son: asesoramiento, exámenes médicos, análisis de laboratorio, medicamentos y suministros para planificación familiar. Puede obtener dichos suministros a través de los prestadores adheridos a Medicaid.

Medicaid cubre:

- La mayoría de los medicamentos y dispositivos para control de la natalidad para hombres y mujeres. Los medicamentos y dispositivos de marcas comerciales deben ser aprobados por su médico.
- Anticonceptivos orales con recetas para 90 días.

Tarjeta (Tarjeta de Elegibilidad de Iowa Medicaid)

Todos los miembros recibirán la *Tarjeta de Elegibilidad para Asistencia Médica* (formulario 470-1911).

- Conserve su tarjeta hasta que reciba la nueva.
- Llévela siempre con usted y no permita que otras personas la usen.
- Muéstrele su tarjeta a los prestadores de servicios cada vez que reciba atención médica.
- Si pierde la tarjeta de Medicaid, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid.
- No se emitirá una tarjeta nueva si renuncia a Iowa Medicaid y más tarde se reinscribe.
- Comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar una tarjeta nueva de Medicaid.

Tarjeta de la organización administradora de atención médica

Además de la tarjeta de Iowa Medicaid, los miembros del programa *IA Health Link* recibirán una tarjeta de la organización administradora de atención médica (MCO) en la que están inscriptos. Los miembros de *IA Health Link* deberán presentar las dos tarjetas cuando reciban servicios.

Gestión de casos (focalizada)

La gestión focalizada de Medicaid es un servicio que gestiona recursos múltiples para los miembros de Medicaid. Está diseñado para ayudar a que las personas con discapacidad intelectual, daño cerebral o discapacidad del desarrollo tengan acceso a servicios médicos apropiados y servicios educativos y sociales interrelacionados.

Servicios para niños y adolescentes

Diagnóstico temprano, exámenes periódicos y tratamiento (EPSDT) "Care for Kids"

EPSDT es un programa para niños y adolescentes que les ofrece tratamiento médico preventivo, incluso servicios bucodentales. EPSDT cubre gratis a niños y adolescentes que sean elegibles para Medicaid, desde el nacimiento hasta los 20 años de edad. EPSDT cubrirá los exámenes médicos y Medicaid cubrirá todos los servicios posteriores que se consideren necesarios como resultado del examen de control.

Servicios cubiertos por EPSDT:

- Exámenes médicos de control
- Información sobre crecimiento, dieta y desarrollo
- Inmunizaciones (vacunas), como paperas y sarampión
- Exámenes de control auditivo y oftalmológico
- Exámenes de control dental

Para averiguar si un médico, una clínica o un dentista ofrecen *Care for Kids*, pregúnteles si son "Prestadores de Medicaid". Todos los prestadores de Medicaid pueden brindar estos servicios.

Servicios para bebés y niños pequeños: Programa Early ACCESS

Early ACCESS es el sistema de intervención temprana, Parte C de la ley de educación especial para personas discapacitadas (IDEA). Comuníquese con Early ACCESS para hacer consultas sobre la manera en que su bebé juega, oye, ve, habla, come o se mueve.

Los servicios están disponibles por teléfono, correo electrónico o el sitio web de la red de apoyo familiar de Iowa. Llame a **1-888-IAKIDS1 (1-888-425-4371)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. para solicitar la admisión y la remisión a especialistas.

Para obtener más información sobre el programa Early ACCESS, también puede visitar: http://www.iafamilysupportnetwork.org/early-access-iowa/what-is-ea

Servicios educativos locales y regionales

Medicaid cubre los siguientes servicios provistos por agencias educativas locales y regionales:

- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Servicios de salud mental
- Servicios para la audición
- Servicios de enfermería

Si necesita asistencia, comuníquese con *Healthy Families* al: **1-800-369-2229**

Servicios quiroprácticos

Medicaid cubre sólo fisioterapia manual debido a subluxación o desviación de la columna vertebral comprobada por medio de radiografías, excepto en el caso de embarazadas y menores de 18 años.

Clínicas

Los servicios clínicos tienen la misma cobertura y las mismas limitaciones que los médicos y los hospitales. Las clínicas de Salud Pública pueden brindar solamente vacunación y exámenes por enfermedades contagiosas a través de Medicaid.

Centros comunitarios de salud mental

Medicaid puede cubrir los servicios prestados por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros psiquiátricos. Los prestadores deben pertenecer al personal de un centro comunitario de salud mental que esté acreditado por DHS.

Copagos

Algunos servicios médicos tienen copago, que es la parte del costo que le corresponde pagar a usted. En dicho caso, le abonará el copago al prestador. El prestador le informará el costo.

- Deberá abonar un copago de $3.00 dólares por cada visita a la sala de emergencias cuando no se deba a una emergencia. (Vea los ejemplos de verdaderas emergencias que se detallan a continuación.)
- Los miembros del Plan *Health and Wellness* de Iowa deberán abonar $8.00 dólares de copago por cada visita a la sala de emergencias cuando no se deba a una emergencia.

Ejemplos de emergencias reales:

- Un accidente grave
- Intoxicación
- Ataque cardíaco
- ACV (accidente cerebrovascular)
- Hemorragias intensas
- Quemaduras graves
- Dificultad severa para respirar

Los menores de 21 años y las embarazadas **NO** abonan copago por los servicios.

Servicios odontológicos

Los miembros de Iowa Medicaid recibirán servicios dentales a través de los prestadores de su plan de salud. Para obtener más información sobre los dentistas adheridos a la red de Iowa Medicaid, visite http://dhs.iowa.gov/ime/members/find-a-provider.

Los servicios odontológicos incluyen limpieza dental, arreglo de caries, extracciones, control de enfermedades y cirugía. Los servicios odontológicos para los miembros del Plan *Health and Wellness* de Iowa son brindados por el Plan Dental Wellness. Los servicios dentales no están disponibles para los miembros inscriptos en la red de planificación familiar de Iowa.

Los servicios dentales están disponibles para todos los demás miembros a través del programa con pago por servicios (FFS). Los servicios odontológicos tienen las siguientes limitaciones:

- Examen de rutina: 1 vez cada 6 meses
- Limpieza dental: 1 vez cada 6 meses
- Radiografía interproximal ("*bitewing*"): 1 vez cada 12 meses
- Radiografías completas: 1 vez cada 5 años, a menos que sea necesario
- Sellador dental: sólo 1 vez por cada pieza dental
- Dentadura postiza: 1 vez cada 5 años
- Examen completo: sólo una vez por cada prestador de servicios odontológicos

Hay un examen más meticuloso que se realiza durante la primera visita al dentista o si no ha visitado al dentista por tres años.

Visitas al médico

Medicaid cubre los siguientes servicios en consultorios, clínicas, hospitales, su propio hogar u otros lugares:

- Servicios médicos y quirúrgicos
- Exámenes de diagnóstico (incluye análisis de laboratorio)
- Radiografías
- Procedimientos para tratamiento
- Exámenes físicos una vez por año con análisis básicos de laboratorio para miembros, incluso niños, adolescentes y refugiados recién llegados, si califican

Atención de emergencias (ER) y de urgencias

Atención de emergencia

Se considera como emergencia a toda condición médica que podría poner su vida en peligro o causarle discapacidad permanente si no recibe tratamiento inmediatamente.

No debe llamar a su prestador médico en el caso de una emergencia grave o discapacitante. Vaya directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame una ambulancia. (Vea la definición de situaciones de emergencia en la página anterior.)

Atención de urgencia

Se considera atención de urgencia cuando su vida no está en peligro, ni corre el riesgo de sufrir una discapacidad permanente, y tiene tiempo para llamar a su prestador de atención primaria. En el caso de una urgencia, debe llamar a su prestador de servicios para recibir instrucciones. Los siguientes son algunos ejemplos de urgencias:

- Fiebre
- Dolor estomacal
- Dolor de oído
- Dolor de garganta
- Infección de las vías respiratorias superiores
- Cortes leves o laceraciones

Programa de cobro a través del patrimonio sucesorio

La ley federal establece que Iowa debe tener un programa de cobro a través del patrimonio sucesorio cuando se utiliza el dinero de Medicaid para pagar la asistencia médica de personas que:

- Tienen 55 años o más en el momento de recibir Medicaid.
- Son menores de 55 años, viven en una institución médica por mucho tiempo y es probable que no regresen a sus hogares.

Cuando fallece una persona que recibe asistencia médica, sus bienes se deben utilizar para reintegrarle a *Iowa Department of Human Services* (DHS) el dinero que gastó en tratamiento médico. Los bienes pueden ser: dinero en efectivo, fideicomisos, casas, terrenos, bienes personales, automóviles u otros bienes de su propiedad en el momento del fallecimiento.

El cobro se puede aplazar si tiene cónyuge o hijos dependientes o discapacitados vivos. También se puede aplazar si el cobro le causaría dificultades económicas a su familia.

Para obtener más información sobre el programa de cobro solamente, comuníquese con:

Iowa Medicaid Estate Recovery Program
Llamada gratuita: **877-463-7887**
Área de Des Moines: 515-246-9841
Correo electrónico: estates@dhs.state.ia.us

Exámenes de la vista y anteojos

Los servicios oftalmológicos pueden incluir exámenes de la vista, anteojos, reparación de anteojos y dispositivos visuales. Los servicios cubiertos son:

- Lentes correctoras
- Lentes protectoras
- Marcos o armazones nuevos
- Marcos de seguridad
- Lentes de contacto
- Anteojos de reemplazo
- Exámenes de la vista

Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre los servicios oftalmológicos.

Centros médicos con acreditación federal

Estos servicios están cubiertos con las mismas limitaciones que los servicios de médicos y dentistas. Los servicios cubiertos y provistos por los centros médicos con acreditación federal son: atención de médicos, enfermeros profesionales, asistentes médicos y otros servicios ambulatorios.

Health Home para miembros con enfermedades crónicas

Health Home no es un edificio, ni un lugar de residencia. Es un enfoque de tratamiento que le brinda un equipo de profesionales que trabajan juntos para satisfacer todas sus necesidades médicas. Puede inscribirse en el programa *Health Home* en algunas áreas. Ésta es su oportunidad de involucrarse directamente en su tratamiento médico y de lograr mejores resultados para atenuar los efectos de las enfermedades crónicas. Averigüe más sobre este programa en https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/health-home.

¿Quiénes reciben cobertura para Health Home?

- Los miembros inscriptos en la cobertura total de Medicaid, los miembros de Medicaid-Medicare (elegibilidad doble), adultos, niños y adolescentes.
- Los miembros que presentan como mínimo dos de las enfermedades crónicas que se detallan a continuación, o
- Una enfermedad crónica y están en riesgo de padecer una de las enfermedades que se detallan a continuación:
    - Hipertensión
    - Sobrepeso
    - Enfermedades cardíacas
    - Diabetes
    - Asma
    - Drogadicción
    - Enfermedades mentales

¿Qué servicios están cubiertos por Health Home?

- Un médico de atención primaria que organiza todo su tratamiento
- Personal de enfermería que le ayuda a identificar y a lograr sus objetivos de salud y bienestar
- Acceso a servicios de apoyo para eliminar los obstáculos que le impiden mejorar su salud
- Acceso a educación y promoción de la salud para solucionar problemas de nutrición, dejar de fumar y hacer actividad física

- Asistencia para atención transitoria y planificación del alta después de la hospitalización o de la rehabilitación
- Asistencia para encontrar recursos comunitarios y servicios de apoyo
- Asistencia para administrar la medicación y los tratamientos médicos
- Un plan de tratamiento en el que usted participa

¿Cómo presentar la solicitud para *Health Home*?

La inscripción en el programa *Health Home* es su decisión. Éste es un programa voluntario, a través de la participación de su prestador médico. En el caso de estar interesado, llame al centro telefónico de Servicios para Miembros al **1-800-338-8366**, o al teléfono local **515-256-4606** en el área de Des Moines.

Servicios para la audición

Medicaid con pago por servicios (FFS) cubre los exámenes auditivos y, si necesita audífonos, pagará los audífonos, las baterías, los suministros y las reparaciones.

Los servicios auditivos tienen las siguientes limitaciones:

- Audífonos: 1 vez cada 4 años, para cada oído
- Exámenes auditivos: 1 vez cada 4 años, para cada oído

Atención médica a domicilio

Los servicios médicos a domicilio son provistos por agencias de servicios médicos con acreditación de Medicare debido a enfermedades o lesiones.

Los tipos de servicios médicos a domicilio son:

- Enfermería especializada
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Servicios médicos sociales
- Auxiliar de servicios médicos a domicilio

Para que Medicaid cubra estos servicios, los mismos deben ser ordenados por un médico y ser necesarios por razones de salud para tratar enfermedades y lesiones.

Medicaid **no** cubre:

- Servicios médicos a domicilio para ayudar con necesidades personales, familiares y domésticas.
- Servicios de enfermería de tiempo completo en el hogar.
- Servicios de enfermeros particulares en el hogar, excepto para menores de 21 años si son necesarios por razones de salud y autorizados previamente.

Servicios para enfermos terminales

Los miembros con enfermedades terminales, que opten por rechazar tratamiento curativo, pueden recibir cuidados paliativos para aliviar el dolor producido por la enfermedad terminal y las condiciones asociadas. Además de manejo del dolor, este servicio brinda otros servicios médicos, físicos, cognitivos, emocionales, sociales y espirituales para el miembro y su familia o sus tutores naturales, de acuerdo a los deseos y las necesidades del miembro.

Para obtener más información, visite:
https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/long-term-care/hospice

Hospitalización

Medicaid con pago por servicios (FFS) cubre tratamiento hospitalario para pacientes internados y ambulatorios, con algunas limitaciones. Consulte a su prestador médico para obtener más información.

Atención integrada de *Home Health* para miembros con enfermedades crónicas

Home Health Integrado (IHH) es un equipo de profesionales que trabajan juntos para brindar tratamiento coordinado, focalizado e integral para adultos con enfermedades mentales graves (SMI) y niños con trastornos emocionales graves (SED).

¿Cómo presentar la solicitud para atención integrada de Health Home?

La inscripción en el programa *Health Home Integrado* es su decisión. Este programa es voluntario, a través de la participación de su prestador médico. En el caso de estar interesado, llame al centro telefónico de Servicios para Miembros al **1-800-338-8366**, o al teléfono local **515-256-4606** en el área de Des Moines.

Análisis de laboratorio y radiografías

Medicaid FFS cubre servicios de laboratorio y radiografías. Consulte a su prestador médico sobre los análisis cubiertos. Tendrá que pagarlos si no están cubiertos por Medicaid.

Servicios en centros de atención maternal y maternidad

Los centros de atención maternal ofrecen:

- Atención prenatal (atención médica durante el embarazo)
- Educación para la salud
- Servicios nutricionales
- Servicios sociales y gestión de casos

Los centros de maternidad ofrecen:

- Atención prenatal
- Parto
- Atención postparto (después del nacimiento)

Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-338-8366** o **515-256-4606** en el área de Des Moines, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., para obtener más información sobre los servicios disponibles en los centros de atención maternal y maternidad.

Equipo y suministros médicos

Medicaid cubre el equipo y los suministros médicos que necesite. Su médico debe escribir la orden para el equipo y los suministros.

Consulte a su prestador médico sobre la elegibilidad para equipo y suministros médicos.

Centro telefónico de servicios para miembros

Servicios para Miembros de Iowa Medicaid

Para consultar sobre:

- Facturación
- Cambios de domicilio
- Información de Medicaid
- Aprobación de autorizaciones especiales
- Tarjeta nueva de Medicaid
- Responsabilidad de terceros

Llamada gratuita: **1-800-338-8366** o, si vive en el área de Des Moines, llame al **515-256-4606** de lunes a viernes; de 8 a.m. a 5 p.m.
Correo electrónico: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

Centro de contacto de *Department of Human Services* (DHS)

Para informar sobre cambios, como:

- Domicilio
- Nacimiento de un hijo
- Asistencia médica
- Asistencia para alimentos
- Asistencia de dinero en efectivo
- Asistencia para guardería
- Documentos perdidos
- Inicio y finalización de empleo
- Cómo presentar la solicitud para beneficios

Llamada gratuita: **1-877-347-5678** de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m.
Encuentre la oficina local de DHS: http://dhs.iowa.gov/dhs_office_locator

Servicios para salud mental y trastornos por drogadicción (Psicólogos y asistentes sociales)

Los servicios para la salud mental y los trastornos por drogadicción están cubiertos por la mayoría de los programas con cobertura de Iowa Medicaid. La mayoría de los programas de Iowa Medicaid cubren los siguientes servicios para pacientes ambulatorios y hospitalizados:

- Hospitales
- Psiquiatras
- Psicólogos
- Asistentes sociales
- Terapeutas familiares y de parejas
- Terapeutas acreditados en salud mental

Hay otros servicios de salud mental a su disposición. Comuníquese con Servicios para Miembros para consultar sobre la elegibilidad.

Antes de recibir servicios, verifique si su prestador médico atiende a miembros de Iowa Medicaid.

Servicios de obstetricia

Los servicios cubiertos son: atención prenatal, parto, atención posparto y otros servicios dispuestos por las leyes estatales.

El pago se hará únicamente a personal de enfermería acreditado en obstetricia que estén registrados y posean estudios avanzados. Medicaid no pagará los servicios de parteras sin acreditación, que no estén registradas y no tengan estudios avanzados de enfermería.

Servicios en centros geriátricos

Centros especializados en geriatría con acreditación de Medicare

Medicaid ayuda a pagar el costo de la atención en establecimientos geriátricos. Un médico debe certificar que usted necesita atención en un geriátrico, no en un hospital, y que califica para asistencia médica. La unidad de servicios médicos de *Iowa Medicaid Enterprise* debe confirmarlo. Medicaid también cubre el costo del tratamiento si necesita los servicios de un centro acreditado de atención especializada.

Puede conservar parte de sus ingresos para necesidades personales. El resto se acredita al pago del geriátrico, a menos que su principal fuente de ingresos sea el programa FIP.

Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad **médica** y **económica** para atención en un geriátrico. Medicaid no pagará el tratamiento si es internado en un geriátrico y más tarde se descubre que no cumple con los requisitos de elegibilidad médica o económica para asistencia médica.

Personal de enfermería especializado en anestesia y medicina general

Enfermeros anestesistas acreditados y registrados (CRNA)

Medicaid pagará los servicios dispuestos por las leyes estatales y provistos por enfermeros anestesistas acreditados y registrados. Las limitaciones son las mismas que para los médicos.

Si un CRNA es empleado de un médico, un hospital o una clínica, Medicaid le paga al prestador que emplea al CRNA. Medicaid también les paga a los CRNA en prácticas privadas.

Enfermeros especializados en prácticas médicas (ARNP)

Medicaid pagará los servicios de enfermeros especializados que se establecen en la ley estatal. Las limitaciones son las mismas que para los médicos. Medicaid les paga directamente a los profesionales que practican una especialidad reconocida por el *Iowa Board of Nursing.*

Podología y calzado ortopédico

Se cubre calzado ortopédico, calzado para diabéticos, plantillas y modificaciones sólo si fueron recetados por escrito por un médico, un auxiliar médico o un enfermero especializado. Deberá pagar por el calzado si no tiene la orden médica.

Medicaid cubre:

- Cirugía de los pies
- Determinadas prótesis para los pies

Medicaid no cubre:

- Tratamientos para pie plano
- Pedicuría de rutina, como cortar las uñas o eliminar callosidades y durezas

Medicamentos con receta médica y medicamentos de venta libre

La cobertura incluye la mayoría de los medicamentos con receta médica y algunos medicamentos de venta libre. Un médico o un profesional médico calificado debe escribir la orden o la receta. Algunos medicamentos requieren autorización previa, como se indica en el listado de medicamentos seleccionados de http://www.iowamedicaidpdl.com.

Los farmacéuticos deben entregarle el artículo de menor costo que tengan en stock y que cumpla con la orden de su prestador. Además, deben informarle a usted o a su cuidador cómo se administra el medicamento que le entrega.

La primera receta de la mayoría de los medicamentos debe ser por una cantidad suficiente para 31 días. Algunas recetas no se pueden hacer por cantidades que superen los 15 días al principio. Las siguientes recetas pueden hacerse por la cantidad normal para 31 días.

Surtido de recetas

Su farmacéutico podrá volver a surtir una receta sólo cuando se haya usado el 85% de la provisión:

- Una provisión para 30 días puede renovarse después de 26 días.
- Una provisión para 90 días puede renovarse después de 77 días.
- Si por algún motivo (por ejemplo, un viaje) necesita una mayor provisión de medicamentos, pídale a su farmacéutico que haga una excepción y que se los entregue antes de tiempo.

Control de la natalidad

Todos los dispositivos para control de la natalidad están cubiertos.

- Necesitará autorización para ciertos medicamentos de marcas comerciales si existe un medicamento genérico.
- Su farmacéutico, su médico u otros prestadores le informarán cuáles están cubiertos y cuáles necesitan autorización previa.
- Los anticonceptivos orales se pueden recetar para 90 días.

Medicamentos con receta médica que NO están cubiertos

- La mayoría de los medicamentos para la tos y el resfrío
- Medicamentos para adelgazar
- Medicamentos con propósitos cosméticos (por ejemplo, para hacer crecer el cabello)
- Medicamentos para la fertilidad
- Medicamentos para la disfunción eréctil

Suministros de Medicaid

Puede retirar una provisión para 90 días como máximo de todos los suministros médicos cubiertos.

Medicamentos de venta libre

Los medicamentos de venta libre vienen en envases regulares que generalmente contienen 100 unidades. Le entregarán una provisión para 31 días como máximo.

Los medicamentos de venta libre que están cubiertos son:

- Aspirina
- Acetaminofén o paracetamol (Tylenol®)
- Multivitaminas y minerales para embarazadas y mujeres que estén amamantando
- Multivitaminas y minerales (con autorización previa)

Debe mostrarle su tarjeta de elegibilidad para Iowa Medicaid al farmacéutico para pagar los medicamentos con receta médica o de venta libre y los suministros. Si Medicaid no paga alguno de los medicamentos y suministros ordenados por su médico, su farmacéutico le explicará el motivo.

Si no se siente conforme con la explicación, puede comunicarse con el Servicio para Miembros de Iowa Medicaid. Si aún sigue disconforme, puede exigir que le envíen una notificación formal por escrito donde le expliquen su derecho a apelar.

Prestadores (¿Quiénes pueden prestar servicios a los miembros de Iowa Medicaid?)

Los miembros de Iowa Medicaid recibirán atención médica de los prestadores de su plan de salud. Si el prestador no está adherido a Iowa Medicaid, usted tendrá que pagar los servicios.

Miembros con pago por servicios (FFS)

Prestadores del estado de Iowa

Si tiene Iowa Medicaid FFS, podrá elegir a sus prestadores de servicios. Siga los siguientes pasos:

1. Para buscar un prestador, visite: http://dhs.iowa.gov/ime/members/find-a-provider

   -O-

   Llame a Servicios para Miembros al **1-800-338-8366** o, si vive en el área de Des Moines, llame al **515-256-4606** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
2. Elija un médico, un dentista, una farmacia y otros prestadores adheridos a Medicaid.
3. Pregúnteles a los prestadores si están adheridos a Iowa Medicaid antes de hacer una cita. Algunos prestadores aceptan una cantidad limitada de pacientes de Medicaid o no aceptan Medicaid.

   Recuerde: Asegúrese de que el prestador entienda que usted tiene cobertura de Iowa Medicaid. Tendrá que pagar el costo de todo el servicio si no le dice que es miembro de Iowa Medicaid *antes* de recibir atención y el prestador no está adherido a Iowa Medicaid.
4. Muestre su tarjeta de Iowa Medicaid cuando vaya a la cita.
5. Pregunte si Medicaid cubre los servicios que necesita o si tendrá que pagarlos.

Prestadores de otros estados

Si está fuera de Iowa y necesita atención médica, averigüe si el prestador está inscripto en Iowa Medicaid. Los prestadores adheridos al programa Medicaid en otros estados podrían no estar adheridos a Iowa Medicaid.

Los prestadores inscriptos en Iowa Medicaid deben aceptar las tarifas que paga Iowa Medicaid. No deben cobrarle por los servicios cubiertos por Iowa Medicaid.

Miembros de IA Health Link

Los miembros de *IA Health Link* recibirán tratamiento médico a través de los prestadores de la red de su MCO. Para obtener más información sobre las redes de prestadores de las MCO, visite: http://dhs.iowa.gov/iahealthlink/find-a-provider

Los servicios odontológicos de los miembros de IA Health Link no serán cubiertos por la MCO. Para obtener más información sobre los dentistas adheridos a la red de Iowa Medicaid, visite: http://dhs.iowa.gov/ime/members/find-a-provider.

Miembros de *hawk-i*

Los miembros de este plan recibirán tratamiento médico a través de los prestadores de la red de su MCO. Para obtener más información sobre las redes de prestadores de las MCO, visite la página de planes de salud de ***hawk-i***: http://www.hawk-i.org/en_US/plans.html

*Los servicios odontológicos de los miembros de **hawk-i** no serán cubiertos por la MCO. Para obtener más información sobre los dentistas adheridos a la red de Iowa Medicaid, visite http://dhs.iowa.gov/ime/members/find-a-provider.*

Clínicas rurales

Los servicios cubiertos y provistos por las clínicas rurales son: servicios de médicos, profesionales de enfermería especializada y asistentes médicos, servicios de enfermería a domicilio y otros servicios ambulatorios.

Servicios de terapia (ocupacional, física y del habla)

Los servicios de terapia están cubiertos si los terapeutas son empleados de un hospital, de una agencia de rehabilitación o de servicios médicos a domicilio, de un geriátrico o de un médico.

Se cubren los servicios provistos por terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y terapeutas del habla en su propio consultorio, si los mismos están acreditados y adheridos a Medicaid.

El importe anual que se puede pagar es limitado, a menos que reciba servicios en el departamento ambulatorio de un hospital.

Tratamiento antitabaco (Ayuda para dejar de fumar)

Los miembros de Medicaid pueden recibir ayuda para dejar de fumar y dejar de consumir tabaco. El programa es gratis para todos los miembros de Medicaid que sean mayores de 18 años. El programa brinda terapia de apoyo a través de la línea telefónica de Quitline Iowa y servicios de farmacia para pagar la terapia de reemplazo de la nicotina, como parches y chicles. Además, puede cubrir otros medicamentos, como Chantix, si son recetados por su prestador médico.

Para comenzar, debe hacer una cita con su prestador médico. Juntos, usted y su médico, decidirán cuál es el mejor tratamiento para su caso particular.

Los miembros pueden recibir ayuda para dejar de fumar:

- Llame a línea telefónica gratuita para dejar de fumar: **1-800-784-8669** (desde las 8 a.m. hasta la medianoche)
- Línea telefónica de texto (TDD) para hipoacúsicos: **1-866-822-2857**
- Su prestador médico le ayudará con la autorización previa de los medicamentos para dejar de fumar.

Para obtener más información sobre el programa para dejar de fumar, visite:
https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/smoking-cessation

Servicios de transporte

Transporte médico de rutina

El programa de transporte médico de rutina (NEMT) son servicios disponibles para los miembros elegibles que necesiten traslado para asistir a las citas médicas. En Iowa, utilizamos los servicios de *TMS Management Group, Inc* para gestionar todos los aspectos de los servicios NEMT, desde autorizar el transporte hasta reclamar los reintegros.

Los miembros de Iowa Medicaid FFS que necesiten transporte o que quieran el reintegro por gastos de traslado a través de TMS, deben hacer lo siguiente:

1. Llamar a TMS al **1-866-572-7662** por lo menos 3 días hábiles **antes** del traslado o de la cita.
   - Informarle a TMS su nombre completo, número de identificación estatal, domicilio, número de teléfono y fechas del traslado.
   - Informarle a TMS el nombre, domicilio, número de teléfono y número de fax de su prestador médico.

2. A continuación, TMS hará lo siguiente:
   - Evaluará su necesidad de transporte
   - Comprobará si usted califica para servicios de transporte
   - Verificará si el prestador médico está adherido a Iowa Medicaid
   - Verificará si el servicio está cubierto por Iowa Medicaid
   - Pedirá la información extra que sea necesaria para el traslado
   - Verificará si el traslado cumple con los requisitos federales y estatales para transporte médico de rutina y reintegro
3. TMS le dará un número de confirmación cuando haga la reserva para el traslado.
4. Los miembros que quieran el reintegro del traslado, le deben enviar a TMS:
   - El número de confirmación.
   - El formulario de reclamo.
   - Todos los recibos.

Para obtener más información sobre transporte médico de rutina (NEMT), visite https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/NEMT

Servicios de transporte para niños y adolescentes

El transporte local también está disponible para menores de 21 años y embarazadas que necesiten trasladarse para atención médica, odontológica y de salud mental con prestadores locales.

- Pídales a los coordinadores locales de *Care for Kids* o del programa de salud maternal que organicen su transporte.
- Para obtener la información de contacto, llame a la línea telefónica de *Healthy Families* al **1-800-369-2229**.

Datos Importantes

Centro telefónico de servicios para miembros de Iowa Medicaid

Llamada gratuita: **1-800-338-8366**

En el área de Des Moines: **515-256-4606**

Correo electrónico: IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

Horario de atención: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

*Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios para Miembros al teléfono **1-800-338-8366** de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.*

Llame al teléfono de texto **1-800-735-2942** (Relay Iowa TTY) para solicitar asistencia telefónica si es sordo, hipoacúsico, sordo y ciego, o si tiene problemas de habla.

Who can help me find child care?

The Iowa Child Care Resource and Referral System (CCR&R) will give you information about the different types of care and how to choose excellent care.

They can help you find child care that is the best fit for your family.

Information about the CCR&R is available at www.iowaccrr.org.

Northwest Iowa
Mid-Sioux Opportunity, Inc.
418 S Marion St
Remsen, IA 51050
(877) 216-8481 or (712) 786-3489

Southwest Iowa
West Central Community Action
1408A HWY 44
Harlan, IA 51537
(800) 945-9778 or (712) 755-7381

Southeast Iowa
Community Action of Eastern Iowa
500 E 59th St
Davenport, IA 52807
(866) 324-3236 or (855) 244-5301

Northeast Iowa
Exceptional Persons, Inc.
3675 University Ave PO Box 4090
Waterloo, IA 50704
(800) 475-0804 or (319) 233-0804

Central Iowa
Orchard Place Child Guidance Center
808 5th Ave
Des Moines, IA 50309
(800) 722-7619 or (515) 246-3566

Your rights and responsibilities

You have the right to:

- Look at complaint files on providers in your local DHS office
- Ask for references from your provider
- Check references from your provider

You may have to pay a part of your child care costs. This is based on your family's income and the number of people in your family.

Your child care needs and child care provider will need to be approved before you get help with your child care costs.

You are responsible for reporting providers to DHS who do not meet health and safety standards.

You can report suspected abuse or neglect to the Abuse/Neglect Hotline at 1-800-362-2178. This is a free phone call.

Statement on Nondiscrimination

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, you can send a letter of complaint to:

Iowa Department of Human Services, Office of Human Resources, 1st floor, 1305 E. Walnut, Des Moines, IA 50319-0114, fax (515) 281-4243 or via e-mail contactdhs@dhs.state.ia.us.

Iowa Department of Human Services
Comm. 62 (Rev. 7/16)

Child Care Assistance

What is Child Care Assistance?

Child Care Assistance (CCA) helps pay for the care of your child while a parent or caretaker works or attends school.

It might also be used to care for children while a parent or caretaker is looking for work or is unable to care for children because of medical reasons.

Who can get Child Care Assistance (CCA)?

You may be able to get Child Care Assistance if you:

- Have a child who needs care and is under the age of 13 (or under the age of 19 if your child has special needs), **and**
- Get help from the Family Investment Program (FIP), or
- Your family meets gross monthly income guidelines if you don't get FIP.

Also, you must be doing one of the following:

- Working an average of at least 28 hours per week,
- Attending an approved training or education program full-time,
- Working and attending training for a total of at least 28 hours per week, **or**
- Looking for work.

Note: Care provided while you attend postsecondary education/training has a 24-month lifetime limit.

Family eligibility will be established for a 12-month period.

Even if your family experiences a temporary loss of employment or education, you will continue to be eligible for child care for up to three months to allow you to find a new job or reenroll in school.

Exit Eligibility (CCA Plus)

If, at the end of your 12-month eligibility period, your income goes above the monthly eligibility threshold, you may be eligible for another 12-month period of child care under the new **CCA Plus** exit eligibility program.

Family income cannot exceed 85 percent of the State Median Income.

How do I apply?

You can apply for Child Care Assistance at your local Department of Human Services (DHS) office.

You may also apply online or print an application from our website at https://ccmis.dhs.state.ia.us/clientportal/.

Mail the completed application to:
Human Services River Place Office
2309 Euclid Avenue
Des Moines, IA 50310-5703

Questions? Call the centralized child care unit at (866) 448-4605.

If you take part in activities approved by the PROMISE JOBS program, call your PROMISE JOBS worker.

Who can care for my child?

You can choose who you want to care for your child.

Child Care Assistance can be used to pay a variety of different types of providers. The provider you choose must be at least 18 years old and cannot be a parent or guardian of your child. You can choose a:

- Licensed child care center
- Licensed before and after school program
- Registered child development home
- Nonregistered child care home — the person must pass the child abuse and criminal record checks
- Person who cares for your children in your own home, if you have three or more children who need care

You will get forms from DHS to take to your child care provider. Your provider will need to fill out the forms and return to Child Care Assistance Unit, Hoover State Office Building, 1305 E Walnut St., Des Moines, IA 50319.

Your provider must meet certain requirements, pass background checks, and meet health and safety standards.

For more information about how to identify quality child care, finding other assistance programs, and links to early intervention and child development resources, go to our website at: http://dhs.iowa.gov/childcare/tool-and-resources.

¿Quién puede ayudarme a conseguir cuidado infantil?

El Sistema de Remisiones y Recursos de Iowa (CCR&R) le dará información sobre los diferentes tipos de cuidados y cómo elegir servicios de excelente calidad.

Pueden ayudarle a encontrar el tipo de cuidado que mejor se adapta a su familia.

La información sobre el CCR&R está a su disposición en www.iowaccrr.org.

Noroeste de Iowa
Mid-Sioux Opportunity, Inc.
418 S Marion St
Remsen, IA 51050
(877) 216-8481 or (712) 786-3489

Sudoeste de Iowa
West Central Community Action
1408A HWY 44
Harlan, IA 51537
(800) 945-9778 or (712) 755-7381

Sudeste de Iowa
Community Action of Eastern Iowa
500 E 59th St
Davenport, IA 52807
(866) 324-3236 or (855) 244-5301

Noreste de Iowa
Exceptional Persons, Inc.
3675 University Ave PO Box 4090
Waterloo, IA 50704
(800) 475-0804 or (319) 233-0804

Centro de Iowa
Orchard Place Child Guidance Center
808 5th Ave
Des Moines, IA 50309
(800) 722-7619 or (515) 246-3566

Sus derechos y obligaciones

Tiene derecho a:

- Examinar los archivos de quejas sobre prestadores de servicios en la oficina local de DHS.
- Pedir referencias de su prestador.
- Verificar las referencia de su prestador.

Es posible que deba pagar parte del costo del cuidado de su hijo/a, de acuerdo a los ingresos familiares y la cantidad de personas en su familia.

Su necesidad y su prestador de cuidado infantil deben ser aprobados antes de que reciba ayuda para pagar el costo.

Tiene la obligación de informarle a DHS sobre los prestadores que no cumplen con las normas de higiene y seguridad.

Para informar sobre sospechas de abuso o negligencia, llame a la Línea Directa de Abuso/Negligencia al 1-800-362-2178.
La llamada es gratuita.

Política de antidiscriminación

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

Si considera que DHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta de queja a:

Iowa Department of Human Services, Office of Human Resources, 1st floor, 1305 E. Walnut, Des Moines, IA 50319-0114, fax (515) 281-4243 o por e-mail contactdhs@dhs.state.ia.us.

Iowa Department of Human Services
Comm. 62(S) (Rev. 7/16)

Child Care Assistance

(Asistencia para guardería o niñera)

¿Qué es *Child Care Assistance*?

Child Care Assistance (CCA) le ayuda a pagar el cuidado de sus hijos mientras el padre, la madre o su tutor están trabajando o asistiendo a la escuela.

También puede utilizar este servicio mientras está buscando empleo o no puede cuidar a los niños por problemas de salud.

¿Quiénes pueden recibir *Child Care Assistance* (CCA)?

Puede conseguir *Child Care Assistance* si:

- Su hijo/a necesita cuidado y es menor de 13 años (o menor de 19 años si tiene necesidades especiales), **y**
- Recibe ayuda del programa FIP (*Family Investment Program*), o
- Su familia cumple con los requisitos de ingresos brutos mensuales si no recibe FIP.

Además, debe estar haciendo una de las siguientes cosas:

- Trabaja un promedio de 28 horas por semana como mínimo,
- Asiste a una capacitación o a un programa educativo de tiempo completo,
- Trabaja y asiste a capacitación por un total de 28 horas semanales como mínimo, **o**
- Está buscando empleo.

Nota: Si asiste a educación terciaria o capacitación, el cuidado será provisto por 24 meses por única vez.

La elegibilidad familiar se establecerá por un período de 12 meses.

Aunque pierda su empleo o servicios educativos temporalmente, su familia continuará siendo elegible para cuidado infantil por tres meses como máximo, para que pueda conseguir otro empleo o inscribirse en otra escuela.

Elegibilidad al egreso (CCA Plus)

Si al finalizar los 12 meses de elegibilidad, sus ingresos son superiores al límite mensual, podría calificar para otro período de cuidado infantil por 12 meses en el nuevo programa **CCA Plus**.

El ingreso familiar no debe exceder el 85% del ingreso medio estatal.

Cómo hacer la solicitud

Puede solicitar *Child Care Assistance* en la oficina local de *Department of Human Services* (DHS).

También puede hacer la solicitud por internet o imprimir el formulario de solicitud en nuestro sitio web: https://ccmis.dhs.state.ia.us/clientportal/.

Envíe la solicitud por correo a:
Human Services River Place Office
2309 Euclid Avenue
Des Moines, IA 50310-5703

¿Preguntas? Llame a la central de cuidado infantil al (866) 448-4605.

Llame a su asistente de PROMISE JOBS si participa en actividades aprobadas por el programa PROMISE JOBS.

¿Quién puede cuidar a mis hijo?

Puede elegir quién cuidará a sus hijos.

Child Care Assistance puede pagar varios tipos diferentes de prestadores. Los prestadores que elija deben ser mayores de 18 años y no pueden ser el padre, la madre o tutor de sus hijos. Puede elegir:

- Una guardería acreditada
- Un programa acreditado de cuidado antes y después de la escuela
- Un hogar de cuidado infantil registrado
- Un centro de cuidado infantil que no está registrado — se debe realizar la averiguación de antecedentes penales y de abuso infantil
- Una persona que cuida a sus hijos en su propia casa, si tiene tres o más hijos que necesitan ser cuidados

Recibirá los formularios de DHS para que se los lleve a su prestador. Su prestador debe llenar los formularios y presentarlos en: *Child Care Assistance Unit, Hoover State Office Building, 1305 E Walnut St., Des Moines, IA 50319*.

Su prestador debe cumplir con ciertos requisitos, pasar la averiguación de antecedentes, y cumplir con las normas de higiene y seguridad.

Para mayor información sobre cómo identificar servicios de calidad, encontrar otros programas de asistencia y enlaces para intervención temprana y recursos de desarrollo infantil, visite nuestro sitio web: http://dhs.iowa.gov/childcare/tool-and-resources.

Iowa Department of Human Services

Comm. 72 (Rev. 3/16)

Protection of Your Resources and Income

How Medicaid Can Help Married Couples Pay the Cost of a Spouse's Care in a Medical Facility

CONTENTS

INTRODUCTION 1-2
When can Medicaid help? 2

RESOURCES 3-6
What resources can be protected? 3-6
Does it matter whose name the resources are in? 6

LONG-TERM CARE PARTNERSHIP PROGRAM 7
What is the Long-Term Care Partnership Program? 7
How does Medicaid asset protection work? 7
Are the protected assets under the Long-Term Care Partnership program subject to Medicaid estate recovery? 7

INCOME 8-11
What is the income limit? 8
What income can be protected? 8-10
Does it matter whose name the income is in? 11

APPEALS AND HEARINGS 12

RESPONSIBILITIES 13

NONDISCRIMINATION POLICY 14

This pamphlet answers questions on how Medicaid may be able to help a married couple pay the cost of a spouse's care in a medical facility. The main point is that the couple may not have to spend all of their money before the spouse in the medical facility qualifies for Medicaid.

The policies in this pamphlet apply only if you or your spouse plan to stay, or have stayed, in the medical facility 30 days or more and entered after September 30, 1989.

Some of this information may be hard to understand. If you have any questions, please contact your local Department of Human Services worker.

Here is an explanation of some of the terms:

Medical Facility means a hospital or nursing facility (nursing home).

Resource Protection means that a certain amount of the things owned and the money saved by a couple can be kept by the spouse at home. Resource protection is also referred to as the "resource allowance."

Income Allowance means the amount of income that can be protected for the spouse at home.

Community Spouse is also referred to as "the spouse at home." The community spouse could live in the couples' own home, a custodial home, an apartment, with relatives, or in other non-facility settings.

Medicaid (also known as Title 19) is a program that is funded with both federal and state money and can help pay medical bills. The amount of medical bills that Medicaid pays is based on certain resource and income guidelines that will be described later.

When can Medicaid help?

Medicaid can pay up to the full facility cost depending on your resources and income. If the spouse in the facility wants to find out if he or she can qualify for the Medicaid program, an application must be filled out and given to the Department of Human Services (DHS) office in the county where the facility is located. The form is called "*Health Services Application*" and is available at your local DHS office.

Different Medicaid policies apply for persons who stay in a medical facility less than 30 days or entered before September 30, 1989. For DHS to determine your eligibility for Medicaid in these situations, you will need to complete an application.

To get Medicaid, the spouse in the medical facility must be:

- Aged (65 or older), or
- Blind or disabled.

Please see the pamphlet "*Medicaid for SSI-Related Persons*" for more information on other eligibility factors that must be met by the spouse in the medical facility. This pamphlet is available from your local DHS office.

The following pages have information on the resource and income guidelines DHS will follow to see if Medicaid can pay the cost of care in the medical facility.

What resources can be protected?

When a spouse enters a medical facility on or after September 30, 1989, there are four steps to determine the amount of resources that can be protected for the spouse at home and the date the spouse in the medical facility can qualify for Medicaid.

1. **Total Resources:** If the spouse entering a medical facility is going to need Medicaid now or in the future, the protection of resources for the spouse at home depends on the amount of the couple's combined resources as of the first day of the month in which the spouse entered the medical facility.

   Because of this, the amount of resources that can be protected should be determined as soon as possible. Your DHS worker can give you a form called "*Resources Upon Entering a Medical Facility.*" Fill out this form as soon as your spouse enters the medical facility. It is better to fill this form out as soon after entry as possible. It is easier to prove your resources for the month the spouse entered the facility than it will be to prove them at a later date.

   When you have completed the form, please turn it in to your local DHS office. DHS will request information and documents to confirm what you stated on the form. DHS will also need each spouse's social security number, which the Internal Revenue Services will match with its records. Through a "*Notice of Attribution of Resources*," DHS will inform each spouse of the decision on what resources can be protected. Otherwise this information is confidential.

2. **Countable Resources:** Resources that are owned as of the first day of the month of entry into the facility must be looked at by DHS but some resources are not counted.

However, all resources should be listed on the "*Resources Upon Entering a Medical Facility*" form.

Resources that are not counted include:

- The house that the spouse (or dependent relative) lives in,
- An automobile,
- Cash value of life insurance policies when the face value totals less than $1,500,
- An irrevocable funeral contract,
- Burial spaces, or
- Funds set aside for funeral expenses (up to $1,500).

Either spouse can use the resources that are not counted.

Examples of resources that are counted include:

- Cash,
- Savings and checking accounts,
- Certificates of deposit,
- Stocks and bonds,
- Contracts for the sale of real estate,
- Cash value of life insurance when the face value is more than $1,500.

3. **Resources for Each Spouse:** The amount of resources that can be protected for the spouse at home is the total amount of your countable resources as a couple divided by two. The spouse at home can protect half of the total resources or $24,000, whichever is greater. However, if half of the resources are more than $119,220*, the spouse at home can only protect $119,220*.

   * These amounts are indexed for inflation and change when the federal government releases the annual inflation rate.

   The amount of protected resources for the community spouse may be increased by a court order, or by an appeal decision, in order to increase income for the community spouse.

Resources given away by either spouse may affect the Medicaid eligibility.

4. **Medical Eligibility:** To determine if Medicaid can help pay the facility costs for the spouse in the facility, the resource allowance for the spouse at home is subtracted from the couple's total resources. If the result is $2,000 or less, the spouse in the medical facility meets the resource test for Medicaid.

   If the spouse in the medical facility has resources of more than $2,000, Medicaid cannot help pay the facility costs. But the spouse may still qualify for other Medicaid help.

An application must be made for Medicaid before DHS can determine eligibility. Your DHS worker will follow these guidelines to determine the amount of your protected resources and see if the requirements are met to qualify for Medicaid. Here are some examples that may help you better understand resource protection:

Example: Mr. Erickson entered a nursing home on March 27, 2016. He and his wife have total countable resources of $300,000. One half of their countable resources is $150,000. Mrs. Erickson, living at home, is able to keep $119,220* and the remaining $180,780 go to Mr. Erickson. Since Mr. Erickson's resources exceeded the $2,000 resource limit, he does not qualify for Medicaid at this time.

Example: Mr. Roth entered a nursing home on May 1, 2016. Mr. and Mrs. Roth have countable resources of $11,000. All of the resources are protected for Mrs. Roth since total resources are less than $24,000. Mr. Roth is eligible for Medicaid as his countable resources are less than $2,000.

Note: Medicaid can still be granted in certain cases of hardship. This can happen when there is estrangement and the spouse in the facility has used all legal means to access the resources of the estranged spouse.

Does it matter whose name the resources are in?

Yes. After DHS determines that the spouse in the medical facility is eligible for Medicaid, resources must be counted for the spouse who actually owns the resources. Any resources owned by the spouse in the medical facility that are more than the resource limits must be transferred to the spouse at home (please see the pamphlet "*Medicaid for SSI-Related Persons*" for information on resource limits for individuals). This must be done so the spouse in the facility can remain eligible for Medicaid.

Here is an example of resource protection and resource ownership:

> **Example: Mr. Johnson entered a nursing home June 2, 2016. He and his wife together have countable resources of $25,000. Mrs. Johnson is able to keep $24,000. The remaining $1,000 is counted as a resource to Mr. Johnson and he can qualify for Medicaid. However, Mr. Johnson owns a $5,000 Certificate of Deposit (CD). In order to remain eligible for Medicaid, he must transfer ownership of at least $4,000 of the CD to his wife so his resources will be within the $2,000 limit. He could transfer all the value of the CD to his wife. This transfer must be made within 90 days.**

What is the Long-Term Care Partnership Program?

The Iowa Long-Term Care Partnership program is a cooperative effort between private long-term care insurers and Medicaid to encourage individuals to plan ahead and provide for their long-term health needs.

People who purchase long-term care partnership policies may be able to qualify for Medicaid before spending all of their assets.

Partnership policies must meet state and federal requirements. They are only marketed by licensed insurance professionals who have completed eight hours of training required by the state of Iowa Insurance Division.

How does Medicaid asset protection work?

The Iowa partnership policy includes a feature known as Medicaid asset protection. This feature provides dollar-for-dollar asset protection. Each dollar that your partnership policy pays out in benefits entitles you to keep a dollar of your assets if you ever need to apply for Iowa Medicaid long-term care services. Protected assets are not considered in determining Medicaid eligibility.

> **Example: If you have a long-term care partnership policy that paid $200,000, you would be able to protect $200,000 in assets and still qualify for Medicaid. The amount of assets you are able to protect under the partnership policy is in addition to the $2,000 Medicaid allows an individual to keep.**

Are the protected assets under the Long-Term Care Partnership program subject to Medicaid estate recovery?

No. The asset adjustment is exempt from estate recovery for the member and the member's spouse.

What is the income limit?

The income of the spouse in the medical facility cannot be more than three times the SSI benefit (which currently is $2,199* per month) for Medicaid to help pay the cost of the facility. If the income of the spouse in the facility is more than three times the SSI benefit, Medicaid will not pay for the facility costs but may be able to pay for other medical services.

What income can be protected?

Once the spouse living in the medical facility qualifies for Medicaid, income can be protected for the spouse at home. These guidelines determine what income can be protected.

A. **Monthly Income:** The spouse in the medical facility can keep $50 of monthly income for personal needs, plus an additional $65 from earned income. The spouse in the facility can allow the spouse and certain dependent relatives at home to use the income that is above $50, or above $115 if there is earned income.

B. **Income Allowance:** The amount of income that can be allowed for the spouse at home, unless there is a court order or an appeal decision, is $2,980.50* per month. This is called “income allowance.” The income of the spouse at home is subtracted from the income allowance of $2,980.50 to determine the amount of income the spouse in the facility can give to the spouse at home.

An amount of income can also be allowed for certain dependent relatives living with the spouse at home. This amount is determined by subtracting the gross monthly income of each dependent from $2,003* and dividing that amount by three. Remember, the spouse in the medical facility must first provide income for the spouse at home before any income can be made available to the dependents.

C. **Remaining Income:** The remaining income of the spouse in the facility is used to pay for any unmet medical needs and toward payment of the cost of care in the facility. Payment to the facility is called client participation.

Your DHS worker will follow these guidelines to determine the protected income for the spouse at home and any dependents that qualify. Here are some examples that may help you better understand income protection:

Example: Mrs. Rogers lives in a skilled nursing facility with $900 gross monthly income and Mr. Rogers lives at home with $1,200 gross monthly income. The amount of income protected for Mr. Rogers is determined as follows:

Mrs. Rogers (in facility)

$ 900.00	**monthly income**
- 50.00	**personal needs**
$ 850.00	**is available for Mr. Rogers**

Mr. Rogers (at home)

$ 2,980.50	**income allowance**
- 1,200.00	**monthly income**
$ 1,780.50	**could be allowed from Mrs. Roger's income for Mr. Rogers, but she can only give the $850 from her income.**

Example: Mr. Smith lives in a nursing home and Mrs. Smith is living at home. Mr. Smith has gross monthly income of $1,800. Mrs. Smith has gross monthly income of $1,300. The amount of income from Mr. Smith to protect for Mrs. Smith is determined as follows:

Mr. Smith (in facility)

$ 1,800.00	**monthly income**
- 50.00	**personal needs**
$ 1,750.00	**is available for Mrs. Smith**

Mrs. Smith (at home)

$ 2,980.50	**income allowance**
- 1,300.00	**monthly income**
$ 1,680.50	**can be allowed from Mr. Smith's income for Mrs. Smith.**

Mr. Smith has remaining income of $69.50 after giving the $1,680.50 to Mrs. Smith ($1,750.00 minus $1,680.50 leaves $69.50). The remaining income goes to the facility as "client participation."

"Client participation" means a spouse in a medical facility shares in the cost of care by paying some of his or her own income to the medical facility. DHS determines the amount of client participation. The income of the spouse at home is NOT used to pay for the cost of care of the spouse in the facility.

If there is income remaining after the diversion to the spouse and dependents, some of the remaining income can be used to pay for private health insurance for the institutionalized spouse.

Does it matter whose name the income is in?

Usually when income is issued in the name of an individual, it is considered income to that individual. If the income is in the names of both spouses, the income is considered as one-half for each spouse. If there is trust property, the income shall be considered according to the trust document. Other examples of income include Social Security and Veteran's benefits, pensions from employment, etc. The income of each spouse must be established and any changes in income of either spouse must be reported to the local DHS office within 10 days of the change. If there is a dependent receiving protection of income, any changes in the dependent's income must also be reported within 10 days.

For a more complete explanation of Medicaid policies (including client participation) for people who live in a medical facility, please see pamphlet "*Medicaid Information for People in Nursing Homes and Other Facilities*."

What are my rights?

If you are dissatisfied with the actions or lack of action by DHS, you should discuss the matter with your DHS worker. If a satisfactory agreement cannot be reached, you have the right to file an appeal and ask for a hearing.

If you believe more resources should be protected for the community spouse to raise the community spouse's income to the monthly income allowance level, you have the right to file an appeal and ask for a hearing.

You can appeal in person, by telephone or in writing for Medicaid. To appeal in writing, do one of the following:

- Complete an appeal electronically at https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/, or
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, or
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office.

You have 90 calendar days to file an appeal from the date on the *Notice of Decision* or *Notice of Attribution of Resources*. **Discussions with your worker or other DHS staff do not extend this time limit.**

You may keep your benefits until an appeal is final or through the end of your certification period if you file an appeal within 10 calendar days of the date the notice is received or before the date the decision goes into effect. A notice is considered to be received five calendar days after the date on the notice.

If a hearing is allowed, it will be an informal meeting before an Administrative Law Judge from the Department of Inspections and Appeals, in which you can present your complaint. All the facts will be reviewed to see if the decision was correct or should be changed.

What are my responsibilities?

Present your Medical Assistance Eligibility Card each time you request services from a health care provider.

Inform your local DHS office of changes in your address, income, resources or household size (marriages, births, deaths) and any other changes that may affect your eligibility or amount of benefits (this includes the income and resources of a spouse, dependents or other persons who may affect your Medicaid eligibility). Please report any changes within 10 days for someone currently receiving benefits and within 5 days for an applicant.

Inform your health care providers of any medical resources that you have (Medicare, insurance, damage suits, etc.).

Notify your local DHS office within 10 days of any changes in your medical resources or health care coverage. You may be required to provide information and proof of any medical resources available to you.

File a claim or application for any income or medical resource that may be available to you. If required, you must also cooperate in the processing of any such claim or application.

Refund to DHS any money that you receive from a person or company to pay medical expenses which would otherwise be paid by Medicaid.

Failure to comply with your responsibilities can result in denial or cancellation of Medicaid. It may also result in the establishment of overpayments for which you will be responsible to pay back or possible prosecution for fraud.

Policy on Nondiscrimination

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, please send a letter detailing your complaint to:

Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Policy Bureau, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 or via e-mail contactdhs@dhs.state.ia.us

PRINTED ON RECYCLED PAPER

Important Information for You and Your Family Members About the Estate Recovery Program

What is the estate recovery program?

Medicaid is a government program that pays for health care for people with limited income. If you are assigned to a Managed Care Organization (MCO) through Medicaid, the state pays the MCO a monthly amount, called a capitation fee, for the MCO to manage your medical services. Medicaid covers many services, for example, primary care, hospital stays, prescriptions, and more. It also pays for people to live in a nursing home, if that is what they need.

To help pay for these services, every state must have a Medicaid Estate Recovery Program. If you received Medicaid benefits, which includes capitation fees paid to MCOs, the state of Iowa has the right to ask for money back from your estate after your death. The state will never ask for more money back than it paid for your Medicaid services. Estate recovery laws were passed by the U.S. Congress and all 50 states. In Iowa, the estate recovery program is run by the Iowa Department of Human Services (DHS).

Who does estate recovery impact?

Estate recovery only applies to Medicaid recipients who:

- Are age 55 or older, or
- Are under age 55 and live in a medical facility and will probably not return home.

What part of an "estate" can be recovered?

An "estate" includes all:

- Real property, such as your house, land, etc.
- Personal property, such as household goods, personal effects, cars, etc. or
- Any other asset that you own at the time of your death.

This includes items you own with someone else such as property, trusts, most annuities, and retained life estates.

Can repayment be delayed?

Medicaid repayment can be delayed if the repayment will create a hardship for your family. DHS decides, on a case-by-case basis, who gets a hardship. Your family will receive a letter about estate recovery and repayment. Your family will have 30 days from when the letter is received to apply for hardship. Hardship exists for a person applying for the waiver when:

- The total household income is less than 200% of the federal poverty level for the size of the household, and
- The total household resources are not more than $10,000, and
- Recovering the resources of the "estate" denies your family of food, clothing, shelter or medical care that might put a person's life or health in danger.

Medicaid repayment may be delayed if you have a spouse or a dependent child who is under age 21, blind, or disabled at your death.

For more information, call Iowa Medicaid Member Services Toll Free: 800-338-8366
515-256-4606 (Des Moines area)
8:00 a.m. – 5:00 p.m., Monday – Friday

Important Information for You and Your Family Members About the Estate Recovery Program

(Información importante para usted y su familia sobre el programa de cobro a través del patrimonio sucesorio)

¿Qué es el programa Estate Recovery Program?

Medicaid es un programa gubernamental que paga el tratamiento médico de personas con ingresos limitados. En el caso de que se le asigne una MCO a través de Medicaid, el estado pagará el costo mensual de la MCO, llamado arancel per cápita, para que la MCO gestione sus servicios médicos. Medicaid cubre muchos servicios, por ejemplo: atención médica primaria, hospitalización, medicamentos y otros más. También paga para que las personas vivan en una institución geriátrica, si es lo que necesitan.

Todos los estados deben tener un programa de cobro a través del patrimonio sucesorio (Medicaid Estate Recovery Program en inglés) con el fin de conseguir ayuda para pagar estos servicios. Si usted recibió beneficios de Medicaid, que incluyen los aranceles pagados a las MCO, el estado de Iowa tiene el derecho de solicitar que se reintegre el dinero con sus bienes después de su fallecimiento. El estado nunca solicitará que se devuelva más dinero que el que pagó por sus servicios de Medicaid. Las leyes sobre cobro a través del patrimonio sucesorio fueron aprobadas por el Congreso y los 50 estados de los Estados Unidos. En Iowa, el programa de cobro a través del patrimonio sucesorio es administrado por Iowa Department of Human Services (DHS).

¿A quienes afecta este programa?

El cobro a través del patrimonio sucesorio es aplicable sólo a los beneficiarios de Medicaid que:

- Tienen 55 años o más, o
- Tienen menos de 55 años, viven en una institución médica y probablemente no regresarán a su hogar.

¿Qué parte del “patrimonio sucesorio” se puede reclamar?

El patrimonio sucesorio incluye:

- Inmuebles, como su casa, terreno, etc.
- Bienes personales, como artículos del hogar, efectos personales, automóviles, etc.
- Otros activos que posea en el momento de su fallecimiento.

También se incluyen los artículos que posea con otras personas, como propiedades, fideicomisos, la mayoría de las rentas vitalicias y los usufructos retenidos sobre bienes inmuebles.

¿Se puede retrasar la devolución del dinero?

El reembolso de Medicaid se puede retrasar si su familia sufriría problemas económicos al tener que devolver el dinero. DHS decide quién está exento por dificultades económicas, según cada caso en particular. Su familia recibirá una carta informándoles sobre el cobro a través del patrimonio sucesorio y el reintegro. Tendrán 30 días, a partir de la fecha en que reciban la carta, para solicitar una exención debido a dificultades económicas. Se otorgan exenciones por dificultades económicas cuando:

- El ingreso total del grupo familiar es inferior al 200% del índice de pobreza a nivel federal según el tamaño del grupo familiar, y
- Los recursos totales del grupo familiar no exceden de $10,000, y
- El cobro del dinero a través del patrimonio sucesorio priva a su familia de alimentos, vestimenta, vivienda o atención médica que podría poner en peligro la vida o la salud de una persona.

El reintegro de Medicaid puede retrasarse si usted tiene un cónyuge o un hijo dependiente que es menor de 21 años, ciego o discapacitado en el momento de su fallecimiento.

Para mayor información, llame a Servicios para Miembros de Iowa Medicaid lamada gratuita: 800-338-8366
515-256-4606 (área de Des Moines)
8:00 a.m. – 5:00 p.m., de lunes a viernes

Comm. 123 or Comm. 123(S), Important Information for You and Your Family Members About the Estate Recovery Program

Purpose	The *Important Information for You and Your Family Members About the Estate Recovery Program* is a flier designed to give answers to questions about the Estate Recovery Program.
Source	The English version of this flier is printed with 50 fliers per pad. Order supplies from Iowa Prison Industries at Anamosa. Print supplies of the English and Spanish versions from the samples in the manual or from the DHS Intranet eForms web page.
Distribution	Issue a copy of this flier to all Medicaid applicants.

Iowa Department of Human Services

Cut Your Medical Costs if You Get Medicaid

How can I cut my Medicare prescription drug costs?

If you get Medicaid, your Medicare prescription drugs will cost $1 to $5. Medicaid can also lower or cut your Medicare prescription drug premium and co-insurance.

What is Medicaid?

Medicaid is a program run by the Iowa Department of Human Services (DHS). It is also known as Title 19.

Medicaid helps pay for medical bills, nursing home care, services that will help you live at home, and all or part of your Medicare premium.

What else can Medicaid help with?

There are different Medicaid benefits available to you. This is based on the Medicaid program that you qualify for.

There are programs that give full Medicaid benefits, and there are some programs that give limited benefits.

Full Medicaid

If you qualify for full Medicaid benefits, Medicaid will pay your medical costs for:

- Doctors
- Dentists
- Hospitals
- Chiropractors
- Rural health clinic services
- Vision services
- Ambulance service
- Ambulatory surgical centers
- Hearing aids
- Physical therapy
- Occupational therapy
- Speech therapy
- Home health agencies
- Orthopedic shoes
- Podiatrists
- Medical transportation
- Most of your other medical costs, which are not covered by Medicare. This includes your Medicare co-payments, deductibles, and premiums.

Medicaid pays for the services listed above after other medical insurance you have pays first.

Certain limits apply to the medical services listed above. For more information, call your local DHS office and ask for a copy of the brochure called *Your Guide to Medicaid.*

Limited Medicaid

If you get one of the limited Medicaid benefit programs, Medicaid will pay your Medicare Part B premium. Also, Medicaid may be able to pay your Medicare Part A premium, co-insurance, and deductibles.

Please read both sides

How to Determine if You Should Apply for Medicaid

Do I qualify for Medicaid?

DHS looks at two key factors to decide if you can get Medicaid; your monthly income and your total assets.

Assets are items such as:

- Cash
- Savings accounts
- Bonds
- Checking accounts
- Stocks
- Real estate (other than your home)

Compare your monthly income and assets to the chart below. If your monthly income and assets are at or below the amounts in the charts, you may be able to get help from one of the Medicaid programs.

If you are single, a widower, or you live apart from your spouse:

Countable income	Below $1,337 a month
Assets	Below $7,280

If you are married and living with a spouse:

Countable income	Below $1,803 a month
Assets	Below $10,930

If you think you meet the income and asset limits listed above, call your local DHS office and ask for an application.

Who can I call if I have questions?

If your assets are more than the limits above, you may still be able to get Medicaid. Call your local DHS office. If you need help finding the number for your local DHS office, call **1-877-347-1633 toll free**. If you live in Polk County, call 281-0504.

Help Buying Food

You may also be able to get Food Assistance. Food Assistance can help you stretch your food dollars to buy nutritious food for better health. For more information call 1-877-347-5678.

Please read both sides

DES MOINES (Polk Co.) **cont.**

BEAVERDALE
4100 Urbandale Ave.
June 7 – September 13, Tuesday 4:30 – 7:30 pm
Iowa Orchard, Shutt Garden Center, Ali Family Garden

Drake Neighborhood **(NEW)**
First Christian Church parking lot, 25th & University Ave.
May 18 – October 26, Wednesday, 4:00 – 7:00 pm
Ali Family Garden

EASTSIDE FARMERS' MARKET
3200 Delaware, Collectamania parking lot
June 7 – October 11, Tuesday 3:00 – 6:00 pm
Scavo's Market

HOTEL RENOVA FARMERS' MARKET **(NEW)**
Next to Machine Shed & Living History Farms
11167 Hickman Road, Urbandale
June 9 – September 1, Thursday, 4:00 – 7:00 pm
Lauri Long's Home Bakery

JOHNSTON FARMERS' MARKET
6221 Merle Hay Rd, Johnston
May 3 – October 4, Tuesday 3:30 – 6:30 pm
Iowa Orchard, Shutt Garden Center, Story Book Orchard

SOUTHRIDGE FARMERS MARKET
1111 E Army Post Road
May 9 – October 17, Monday 3:00 – 6:00 pm
Scavo's Market, Shutt Garden Center, Ali Family Garden, MmMmGOOD-hue Produce (occ. vendor), AETAMTILL, Brite Acres

VALLEY JUNCTION
100, 200, & 300 blocks on 5th St.
May 5 – October 27
Thursday 4:00 – 8:00 pm
Iowa Orchard, Scavo's Market, Kat's Garden, Shutt Garden Center, Fisher's Flowers & Produce, Story Book Orchard, Central Iowa Organics, Seven Pines Farm, Patrick Cory, Connie's Creations, Ali Family Garden

VA FARMERS' MARKET **(NEW)**
3600 30th Street
July - September, Thursday 10:00 am– 1:30 pm
Iowa Orchard, Shutt Garden Center, Burr Oak Farm

DEWITT (Clinton Co.) **(NEW)**
Lincoln Park
June - October, Thursday 3:30 – 6:30 pm
Shelly Farms

DUBUQUE (Dubuque Co.)
Main Street
Around City Hall & Iowa between 11th & 13th St.
May 7 – October 29, Saturday 7:00 am – Noon
Klein Market, Stillmunkes Produce

DURANT (Scott Co.) **(NEW)**
Pythian Sister's Park, next fire station on Hwy 6
May 18 – September 21
Wednesday, 5:00 – 7:00 pm
John & Karen Kummerfeldt

EAGLE GROVE (Wright Co.)
208 S. Commercial
June 3 – October 7, Friday 3:00 – 5:30 pm
Airport Gardens

ELDORA (Hardin Co.)
Corner of Edgington Ave. & 14th Street
May 12 – October 6, Thursday 4:00 – 6:00 pm

ELY (Linn Co.) **(NEW)**
Morrison Park, 1513 7th St.
Saturday 8:00 – noon
SNAX

EMMETSBURG (Palo Alto Co.) **(NEW)**
Courthouse Square on 10th Street
June 18 – October 22, Saturday 8:00 – noon
June 23 – October 20, Thursday 12:00 – 5:00 pm
Janssen Honey Farms

EVERLY (Clay Co.)
Everly City Park, Shelter House
June 3 – October 28
Friday 4:30 – 6:30 pm
Troy Peterson

FAIRFIELD (Jefferson Co.)
Howard Park, Corner of Grimes & Court
May 7 – October 29
Wednesday 3:00 – 6:00 pm, Saturday 8:00 – 1:00 pm
Blooming Acres Farms, Newton's Own, Natures Way, Rolling Prairie Acres (Sat.)

FORT DODGE (Webster Co.)
NW Corner of Crossroads Mall
1st Ave. S. & 25th St.
May 28 – Oct 29
Saturday 9:00 am – 1:00 pm
Wednesday 1:00 – 5:30 pm
Airport Gardens, Jodi's Market, Buske Gardens

FORT MADISON (Lee Co.)
Central Park Farmers Market, Ave. E & 9th St.
May 26 – September29, Thursday 4:00 – 6:00 pm
Jim's Greenhouse

GRINNELL (Poweshiek Co.)
4th Avenue & Broad Street
May 12 – October 20, Thursday 3:00 – 6:00 pm
Hala's Honey, Doty Angus Cattle Company

HAMPTON (Franklin Co.)
Gazebo Park, corner of 1st St. NW & 1st Ave. NW
May 6 – October 14, Friday 5:00 – 7:00 pm
June 7 – October 18, Tuesday 5:00 – 7:00 pm
Prairie's Edge, Hershey Family Nursery

HARLAN (Shelby Co.)
Shop-Ko parking lot, 2099 Chatburn Ave.
July 6 – September 28
Wednesday 3:30 – 6:00 pm
June 4 – October 29
Saturday 8:30 am – Noon
Wacer Gardens, LNE Farm & Garden

HARTLEY (O'Brien Co.) **(NEW)**
50 2nd Street SW
July 7 – September 22, Thursday 5:00 to 6:00 pm
Troy Peterson

HAWARDEN (Sioux Co.)
City Park, intersection of 13th St. and Ave. E
July 7 – September 29, Thursday 5:00 – 7:00 pm
Veggie Patch

HIAWATHA (Linn Co.)
Guthridge Park on 10th Ave.
April 24 – October 23, Sunday 11:00 am – 2:00 pm
Musil Gardens, Circle W Acres, Meadowview Farm, H & P Meats, Bloomer Farms

Iowa Department of Human Services

Comm. 284 (Rev. 4/16)

IOWA'S EBT FARMERS MARKET PROJECT

Bringing Farmers Markets and Food Assistance Together

The Electronic Benefit Transfer (EBT) program helps provide fresh and nutritious foods from farmers markets to your family. **Certain farmers have special equipment that can accept the EBT card as payment** at farmers markets, roadside stands, or even on the farm. Look for the signs with the Iowa EBT card. You can spend your Food Assistance benefits at the farmers listed in this brochure.

SNAP EBT can be used to buy fruit, vegetables, meat, eggs, baked goods, honey, cheese, herbs, jelly and jam, etc. You may not use EBT for hot prepared foods or hot drinks.

For more information visit
http://dhs.iowa.gov/food-assistance

PARTICIPATING FARMERS BY MARKET

AMES FARMERS MARKET (Story Co.)

AMES MAIN STREET FARMERS MARKET
Tom Evans Plaza, 300 & 400 blocks of Main
May 7 – October 15, Saturday 8:00 am – 12:30 pm
October 9:00 am – 12:30 pm
Berry Patch Farm, Crescentia Farms, Iowa Orchard, Wilted Leaf Farm, Red Granite Farm, Norton's Greenhouse (occ. vendor), Lucky George Farm, The Bird Lady Market

NORTH GRAND MALL
North Grand Mall parking lot, 2801 Grand Ave.
May 7 – October 29
Wednesday 3:00 – 6:00 pm, Saturday 8:00 am – 12:30 pm
DeMoss Pumpkin Farm, Story Book Orchard (Wednesday), Fisher's Flowers & Produce, Red Granite Farms (Wednesday)

WINTER MARKET
Black Friday through Christmas Eve
Open during mall hours
DeMoss Pumpkin Farm

ANITA (Cass Co.)

Bandshell Park on Main Street
June 6 – August 29, Monday 3:30 – 6:00 pm
3 Bee Farms

ANKENY (Polk Co.)

Corner of SW 3rd St. and SW Maple St.
May 21 – September 24, Saturday 8:00 am – Noon
(No market on July 9th)
Shutt Garden Center

ATLANTIC (Cass Co.)

Orscheln's parking lot
7th & Plum Street
June 14 – August 27, Tuesday 5:00 – 7:00 pm
Saturday, 9:00 – 11:00 pm
3 Bee Farms

Produce in the Park **(NEW)**
Atlantic City Park
June 2 – September 29, Thursday 4:30 – 6:30 pm
Rolling Acres Farm

AUDUBON (Audubon Co.)

East side of City Square
June 9 – October 13, Thursday 4:30 – 6:00 pm
Audubon County Family Farms

AVOCA (Potawattamie Co.)

Main Street by the Courthouse
June 1 – September 28, Wednesday 5:00 – 7:00 pm
3 Bee Farms, Wild Rose Farms

BETTENDORF (Scott Co.)

STATE STREET MARKET
2117 State St.
May 2 – October 31, Monday & Thursday 2:30 – 5:30 pm
Weber Farm

BLOOMFIELD (Davis Co.)

100 E. Jefferson, north side of Courthouse lawn
May 7 – October 15
Saturday 8:30 –11:30 am, Tuesday 3:00 – 6:00
Patsy Boas, Haines Family Farm

BOONE (Boone Co.)

Family Video parking lot, 6th & Story
June 2 – October 20, Thursday 3:00 – 6:00 pm
Wilber's Northside Market, Rinehart's Family Farm

BURLINGTON (Des Moines Co.)

JEFFERSON STREET MARKET
500 – 600 blocks of Jefferson Street
May 5 – September 29, Thursday 5:00 – 7:00 pm
A Good-Natured Garden, Palm Tree Pat/Garden Fresh Produce

FARM FRESH MARKET
Dollar General parking lot, 3302 Agency
June 7 – October 25, Tuesday 8:00 am – 1:00 pm
June 4 – October 29, Saturday 8:00 am – 1:00 pm
A Good-Natured Garden

CARLISLE (Warren Co.)

Wyckoff's parking lot, 95 HWY 5
June 4 – October 29, Saturday 8:30 am – 11:30
MmMm GOOD-hue Produce

CEDAR FALLS (Black Hawk Co.)

COLLEGE HILL
2205 College St.
June 2 – October 27, Thursday 4:00 – 6:00 pm
Adolph's Produce & Bakery, Hershey Family Nursery, Fitkin Popcorn, Litteaur's Garden Produce, Heartland Farms, Silver Lake Farm

OVERMAN PARK
West 3rd Street between Clay and Franklin
No market on June 25th
May 7 – October 29, Saturday 8:30 am – Noon
Hershey Family Nursery, Hoffman Produce, Fitkin Popcorn, Kaiser Farm, Silver Lake Farm

CEDAR RAPIDS (Linn Co.)

DOWNTOWN
Along SE 2nd St. & SE 2nd Ave.
June 4 & 18, July 2 & 16, August 6 & 20, September 3 & 17
Saturday 7:30 am – Noon
Tatonka Farm, Musil Gardens, Meadowview Farms, Stillwater Greenhouse, Doty Angus Cattle Company, O'Brien's Own Gourmet Granola, Heartland Farms, Norton's Greenhouse

NOELRIDGE
Corner of Collins Rd and Council St. NE
May 2 – October 14
Monday, Wednesday, Friday 4:00 – 6:00 pm
Meadowview Farms, Musil Gardens

NEWBO CITY MARKET
1100 3rd Street SE
May 5 – November 17
Thursday 4:00 – 8:00 pm
Matthew 25

CHARLES CITY (Floyd Co.)

Central Park, 300 N. Main Street
May 7 – October 15, Wed. 3:30 – 6:00 pm, Sat. 9:00 am – Noon
Dana Martin

CHEROKEE (Cherokee Co.) (NEW)

The Depot, 119 4th Street
June 2 – September 29, Thursday 4:00 – 6:00 pm
CNE Farms

CLEAR LAKE (Cerro Gordo Co.)

Surf Ballroom parking lot, 460 N. Shore Drive
May 28 – October 15, Saturday 9:00 am – Noon
North Iowa Berries, Iowa Supreme Meats, Apples on the Avenue (5/28 – 9/3), Sugar Creek Farm (occ. vendor)

CORALVILLE (Johnson Co.)

Morrison Park, 1513 7th St.
May 2 – October 3, Monday 5:00 – 7:00 pm
SNAX

COUNCIL BLUFFS (Pottawattamie Co.)

MAIN STREET FARMERS MARKET
Historic 100 block of West Broadway
May 5 – September 29
Thursday 5:00 – 8:00 pm
3 Bee Farms, Angela Sears

RIVER CITY FARMERS MARKET **(NEW)**
The Center parking lot, 714 S Main Street
May 7 – October 15
Saturday 8:00 – 1:00 pm
3 Bee Farms

CRESENT (Pottawattamie Co.) **(NEW)**

In front of Cresent Feed Store
May 21 – October 1, Saturday 10:30 - noon
Wild Rose Farms

CRESTON (Union Co.)

McKinley Park, shelter house near playground
June 6 – September 26, Monday 4:00 – 6:30 pm
Lauri Long's Home Bakery

DALLAS CENTER (Dallas Co.) **(NEW)**

Intersection of County Rd R-16 & Walnut St
June 3 – September 23, Friday 4:00 – 7:00 pm
Frog Swale Farm

DAVENPORT (Scott Co.)

DAVENPORT FREIGHT HOUSE FARMERS MARKET
421 West River Dr.
YEAR AROUND MARKET, Saturday 8:00 am – 1:00 pm
May 3 – October 25, Tuesday 3:00 – 6:00 pm
Heilmann's Hawkeye Acres (Sat), Pride of the Wapsi (Sat), Allen's Grove Greenhouse, Sawyer Beef, Hollow Maple Farm, Barnyard Produce, Grossman Meats), Oak Hill Acres, Palm Tree Pat/Garden Fresh Produce, Triple Creek Dairy (Sat. only), Farmer Ken's Produce (Sat. only)

NORTHPARK MALL – RIVER CITY
Northpark Mall, east entrance - Hwy 61 & Welcome Way
May 4 – October 29, Wednesday & Saturday 8:00 am – Noon
Weber Farm

DECORAH (Winneshiek Co.)

Winneshiek Farmers Market
401 Heivly St, parking lot across from Post Office
May 4 – October 29, Wed. 3:00 – 6:00 pm, Sat. 8:00 – 11:00 am
Zimmerman's Greenhouse

DENISON (Crawford Co.)

Intersection of Hwy. 59 & 39, No Frills parking lot
July 7 – October 27, Thursday 3:00 – 6:00 pm
Wacer Gardens
Prairie's Edge

DES MOINES (Polk Co.)

DOWNTOWN
Saturday Market - Court Ave. & 4th St.
May 7 – September 24, Saturday 7:00 am – Noon
October 1 – October 29, Saturday 8:00 am – Noon
Rinehart's Family Farm, Juan O'Sullivan's Gourmet Salsa (occ.), Berry Patch Farm (occ.), Blue Gate Farm, Iowa Orchard, Westrum Produce, Scavo's Market, Story Book Orchard, Kat's Garden, Orale! Salsa, Shutt Garden Center, Harvest Barn, Mast Family Farm LLC, Hickory Hills Organics, Coyote Run Farm, O'Brien's Own Gourmet Granola, Penick's Sweet Corn (July – Sept.), Stillwater Greenhouse, Connie's Creations (occ.), Seven Pines Farm, Patrick Cory, Ali Family Garden, Ebersole Cattle Co, 2XL Premium Angus, Timber Ridge Cattle, Sunflower Patch, Brite Acres

HUXLEY (Story Co.) **(NEW)**
219 W Railroad St, Railroad Park
May 26 – August 25, Thursday 4:00 – 7:00 pm
The Bird Lady market

HWY 34 MARKET GLENWOOD (Mills Co.) **(NEW)**
Hwy 34 & Tabor Hwy.
June 7 – August 30, Tuesday 4:00 – 6:30 pm
Lone Star Meadow

IOWA CITY (Johnson Co.)
CHAUNCEY SWAN PARKING RAMP
Lower level between Washington and College St.
May 4 – October 29
Saturday 7:30 am – Noon, Wednesday 5:00 – 7:00 pm
H&P Meats, Farmer Dave (Sat.)

IOWA FALLS (Hardin Co.)
NE corner of Estes PARK
May – October
Saturday 8:30 – 11:30 am
Wednesday 5:00 to 7:00 pm
Prairie's Edge

KEOTA (Keokuk Co.)
Downtown
June - September, Monday 5:00 – 7:00 pm
Rolling Prairie Acres (occ. vendor)

KNOXVILLE (Marion Co.) **(NEW)**
Knoxville Courthouse lawn
May 21 – October 15
Tuesday 2:30 – 6:00 pm
Saturday 8:00 am – 12:00 pm
Fork in the Yard

LE GRAND (Marshall Co.) **(NEW)**
Le Grand City Park
June 6 – September 12, Monday 5:00 – 7:00 pm
C&T Gardens

LYONS (Clinton Co.)
Lyons Farmers Market - Main Ave. & Roosevelt St.
May 28 – November 2
Saturday 8:00 – noon, Wednesday 4:00 – 6:00 pm
Shelly Farms, Mrs. Grossman's Meats

MARION (Linn Co.)
City Square Taube Park
May 7 – September 24, Saturday 8:00 – 11:30 am
Meadowview Farms (occ. vendor), Circle W Acres

MARSHALLTOWN (Marshall Co.)
CARTWRIGHT PAVILLION
208 N Second Avenue
May 14 – October 22
Wednesday 4:00 – 6:00 pm, Saturday 8:00 – 11:00 am
Bev's Beehive, Hala's Honey
LINN STREET
103 E. Linn St.
May 13 – October 28
Friday 9:00 am – 4:00 pm, Saturday 9:00 am – 4:00 pm
Bev's Beehive

MASON CITY (Cerro Gordo Co.)
3200 4th St SW, Fleet Farm parking lot
May 20 – Oct. 28, Tuesday & Friday 3:00 – 6:00 pm
Stillwater Greenhouse (July – October), North Iowa Berries & More, Mulberry Lane

MAXWELL (Story Co.) **(NEW)**
Between Cloud 9 & St. Dominic's Catholic Church
Friday, Saturday & Sunday
9:00 am – 2:00 pm
The Bird Lady Market

MISSOURI VALLEY (Harrison Co.)
Harrison County Welcome Center
2931 Monroe Ave.
May 19 – October 13
Thursday 3:30 – 6:30 pm
Hodge Greenhouse, Wild Rose Farms

MONTROSE (Lee Co.)
Montrose River Front Park, 203 N 1st St
May 10 – September 27, Tuesday 4:00 – 6:00 pm
Jim's Greenhouse

MOUNT VERNON (Linn Co.)
First Street Community Center lawn – 221 1st Street NE
May 5 – September 29
Thursday 4:00 – 6:00 pm
Farmer Dave

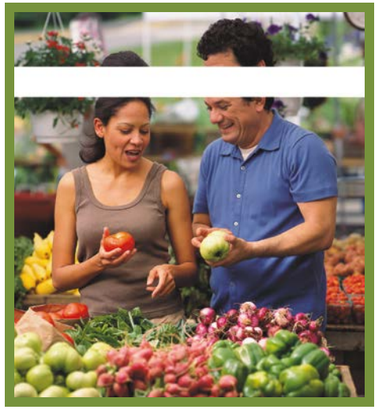
MUSCATINE (Muscatine Co.) **(NEW)**
Parking lot of Muscatine Mall
Tuesday, May 3 – October 25, 2:30 – 5:30 pm
City lot on the corner of 3rd & Cedar Streets
Saturday, May 7 – October 29, 7:30 – 11:30 am
4 Ewe Green Garden & Gifts, John & Karen Kummerfeldt, Bloomer Farms

NEOLA (Pottawattamie Co.) **(NEW)**
3rd Street in front of City Hall
May 16 – October 17
Monday 3:00 – 7:00 pm
Wild Rose Farms

NEW HAMPTON (Chickasaw Co.)
City parking lot – north of Fareway
June 2 – September 22
Thursday 4:00 – 6:00 pm
Zimmerman's Greenhouse Produce

NEWTON (Jasper Co.) **(NEW)**
Newton Courthouse Square
May 24 – October 11
Tuesday 4:00 – 6:00 pm
C&T Gardens, Fork in the Yard

NORTH LIBERTY (Johnson Co.)
Penn Landing Market parking lot
Corner of Hwy. 965 & Penn Street N
May 1 – October 2, Sunday 11:00 am – 2:00 pm
SNAX



OELWEIN (Fayette Co.)
110 E. Charles St, city parking lot
May 23 – October 17
Monday 3:00 – 5:30 pm
May 20 – October 21
Friday 8:00 am – 11:00 am
Jason's Veggies

OSCEOLA (Clark Co.)
SE corner of Courthouse Square
Tuesday June 7 – October 25, 3:00 – 6:00 pm
Shutt Garden Center

OSKALOOSA (Mahaska Co.)
East side of City square, 106 S. 1st Street
May 17 – October 11
Tuesday 4:00 – 6:00 pm, Saturday 8:00 – 11:00 am
Grandma's Garden, Windy Hills Farm & Produce, Fork in the Yard, Five Points Heritage Farm

OTTUMWA (Wapello Co.)
OTTUMWA FARMERS MARKET
1110 N Quincy Ave, Quincy Place Mall
May 18 – October 26
Wednesday 3:30 – 6:00 pm
Newton's Own
OTTUMWA WAPELLO COUNTY
Family Video parking lot – 819 Albia Rd.
May 16 - October 13
Monday & Thursday 2:30 – 5:30 pm
Patsy Boas (Thurs.), Gothic Gardens, Haines Family Farm, Newton's Own (Thurs.)

PELLA (Marion Co.)
First Reformed Church parking lot
603 Broadway Street
April 21 – Oct. 20
Thursday 3:00 – 6:00 pm
Saturday 9:00 am - noon
Prairie Roots Farm, Grandma's Garden (Thurs.), Windy Hills Farm & Produce, Fork in the Yard

PLEASANT HILL (Polk Co.) **(NEW)**
56th Street & Hwy. 163
Berean Assembly Church parking lot
May – October
Thursday 4:00 – 7:00 pm
Brite Acres

PRESTON (Jackson Co.)
Twogood Park off Hwy 64
June 23 – September 22, Tuesday 4:00 – 6:00 pm
Shelly Farms

SIOUX CITY (Woodbury Co.)
Tyson Event Center parking lot
May 4 – October 29
Saturday & Wednesday 8:00 am – 1:00 pm
Carol's Kitchen

SPENCER (Clay Co.)
Spencer Area Farmers Market
1019 S. Grand Avenue
June 4 – October 29
Saturday 8:00 – Noon, Wednesday 4:00 – 6:00 pm
Janssen Honey Farms, Troy Peterson

SPIRIT LAKE (Dickinson Co.)
Dickinson County Fairgrounds, 1602 15th Street
June 4 – October 15
Saturday & Wednesday 7:30 am – Noon
Iowa Supreme Meat

STRAWBERRY POINT (Clayton Co.)
104 Park Avenue
May 25 – September 28, Wednesday 4:00 – 6:00 pm
Jason's Veggies

SWISHER (Clayton Co.) **(NEW)**
Tennis Courts by downtown
June 9 – October 6, Thursday 4:30 – 7:00 pm
SNAX

TIPTON (Cedar Co.)
North side of Court House, corner of Cedar & 5th
May 5 – October 27
Thursday 4:00 – 6:00 pm
Hollow Maple Farm, Barnyard Produce

TOLEDO (Tama Co.) **(NEW)**
Courthouse Square
May 6 – October 28,
Friday 5:00 – 7:00 pm
Norton's Greenhouse, C&T Gardens

UNDERWOOD(PottawattamieCo.) **(NEW)**
Behind UMBA, between 3rd & 4th Streets
June 20 – August 29
Monday 6:00 – 7:00 pm
Wild Rose Farms

VINTON (Benton Co.) **(NEW)**
Railroad Depot, 612 2nd Avenue
Thursday June 2 – September 29, 5:00 – 7:00 pm
Circle W Acres, Norton's Greenhouse

WASHINGTON (Washington Co.) **(NEW)**
100 N Iowa, Central Park, downtown
May - October
Thursday 5:00 – 7:30 pm
Rolling Prairie Acres, Bloomer Farm

WATERLOO (Black Hawk Co.)
CEDAR VALLEY: KIMBALL RIDGE
Inside SE Corner of Kimball Ave. & Ridgeway Rd.
May 3 – October 25, Tuesday 3:30 – 6:00 pm
Litteaur's Garden Produce, A Family Market Place, Silver Lake Farm
KIMBALL RIDGE FAMILY MARKET
NE corner of Kimball Ave. & Ridgeway Rd.
May 7 – October 29, Saturday 8:00 am – Noon
Adolphs Produce & Bakery, Circle W Acres
DOWNTOWN
Riverloop Expo Public Market, 327 W 3rd St.
May 7 – October 29
Saturday 8:00 am – Noon, Thursday 3:30 – 6:00 pm
Kiefer's Produce (occ. vendor), Litteaur's Garden Produce (Sat.), A Family Market Place (Sat.), Stillwater Greenhouse (Sat. July – Sept.), The Produce Store (Sat.)

WAVERLY (Bremer Co.)
200 block of 1st Ave SE
May 10 – October 25, Tuesday 3:00 – 6:00 pm
Kaiser Farm

WAUKEE (Dallas Co.)
Triangle Park – 6th St. and Ashworth Dr.
June 1 – September 28, Wednesday 4:00 – 7:00 pm
KM Gardens, Shutt Garden Center

WEBSTER CITY (Hamilton Co.)
400 Second Street, City Hall Plaza
May 21 – October 29, Saturday 8:00 – 11:00 am
Evans Produce, Lisa Baird Farms

WEST BRANCH (Cedar Co.)
SW corner Downey & Main Street West
June 7 – September 27 Tuesday 4:00 – 6:00 pm
SNAX

WEST LIBERTY (Muscatine Co.) **(NEW)**
100 block of Spencer Street
May 4 – October 26, Wednesday 4:00 – 7:00 pm
4 Ewe Green Garden & Gifts, John & Karen Kummerfeldt, Bloomer Farms

WINTERSET (Madison Co.)
Historic Courthouse Square
May 14 – October 1, Saturday 8:00 – Noon
Burr Oak Farm, Lauri Long's Home Bakery, KM Garden, Central Iowa Organics

ROAD SIDE STANDS

3 BEE FARMS (Cass Co.)
14922 535th Street, Griswold
September 6 – October 31
Monday – Saturday 9:00 am – 5:00 pm
Sunday 1:00 – 5:00 pm

APPLEBERRY FARM (Marshall Co.)
2402 West Main Street, Marshalltown
August 1 – October 31
Monday - Friday 9:00 am – 6:00 pm
Saturday 9:00 am – 5:00 pm
Sunday Noon – 5:00 pm

APPLES ON THE AVENUE ORCHARD (Chickasaw Co.)
3035 Addison Blvd., Nashua
August 15 –October 31
Tuesday – Sunday 10:00 am – 6:30 pm

BERRY FRESH FARMS (Dallas Co.)
30339 K Avenue, Adel
June – July
Tuesday, Wednesday, Friday, Saturday 9:00 – 6:00 pm
Sunday 12:00 pm – 6:00 pm

BERRY PATCH FARM (Story Co.)
62785 280th Street, Nevada
June – November, Monday – Saturday 8:00 am – 5:00 pm

CENTRAL IOWA ORGANICS (Madison Co.)
1599 Hwy 169, Winterset
May 10 – October 31, Daily 7:00 am – 7:00 pm

CLOVER HILL ORCHARD (Ringgold Co.)
2007 County Hwy. J55, Mt Ayr
August – November
Saturday & Sunday 10:00 am – 6:00 pm
Monday – Friday, call ahead

COUNTRY MARKET (Woodbury Co.)
15th Street & Hamilton Blvd., Sioux City
July 2 – October 15
Monday - Saturday 9:00 am – 7:00 pm
Sunday 10:00 am – 5:00 pm

DAN-D FARMS (Marion Co.)
Hwy 14, Knoxville across from Walmart
July 1 – August 31, Monday - Sunday 9:00 am – 5:00 pm

DEMOSS PUMPKIN FARM (Story Co.)
51428 170th Street, Ames
May 1 – October 31, Daily 9:00 am – 5:00 pm

DITMARS ORCHARD (Pottawattamie Co.)
19475 225th Street, Council Bluffs
May 7 – October 31
Tuesday – Saturday 10:00 am – 6:00 pm
Sunday 11:00 am – 5:00 pm

EBERSOLE CATTLE CO (Ringgold Co.)
1935 280 Avenue, Kellerton
Open year around

EVANS PRODUCE FARMS (Hamilton Co.)
1524 280th Street, Webster City
June 9 – October 21, Thursday & Friday noon – 6:00 pm

GRUBBY'S KETTLE KORN (Mahaska Co.)
1412A Ave. West, Oskaloosa
June 25 – October 14, Daily 10:00 am – 6:00 pm

HARVEST BARN (Decatur Co.)
2721 US Hwy 34, Osceola
September – December
Tuesday – Sunday, hours vary

HEARTLAND FARMS (Black Hawk Co.)
5111 Osage Road, Waterloo
Tuesday – Thursday 8:00 am – noon
Friday & Saturday 8:00 am – 5:00 pm
Strawberry season – 8:00 am – 7:00 pm
Pumpkin season – September 16 – October 31
10:00 am – 7:00 pm

HODGE GREENHOUSE (HarrisonCo.)
2607 Monroe Avenue, Logan
April 1 – October 31
Monday – Friday 10:00 am – 6:00 pm
Saturday & Sunday 10:00 am – 4:00 pm

IOWA FOOD COOPERATIVE (Polk Co.)
4944 Franklin Avenue, Des Moines
Distribution occurs on every other Thursday from 4:00 – 7:00 pm and the following Saturday from 10:30 am – noon. Other remote drop off sites available.

IOWA ORCHARD (Polk Co.)
9875 Meredith Drive, Urbandale
Open year around from 9:00 am to 8:00 pm
12140 NW 102nd Avenue, Granger (pick your own)
May 21 – July 10; August 27 – October 30

JIM'S GREENHOUSE (Lee Co.)
2407 280th Street, Montrose
April 1 – October 31, Daily 9:00 am – 7:00 pm

JOKIR'S WILL BLACK ANGUS BEEF (Humbolt Co.)
1452 220th St., Gilmore City
Open year round
Tuesday – Friday 3:00 – 6:00 pm
Saturday 10:00 am – Noon

LOG CABIN PRODUCE (Mitchell Co.)
3011 Mitchell Line Street, Orchard
June 10 – October 1
Monday – Friday 8:00 am – 8:00 pm
Saturday 8:00 am – 6:00 pm

MEADOWVIEW FARM (Linn Co.)
1870 Covington Road, Palo
October

MILLIGAN PRODUCE (Woodbury Co.)
Ida Grove – parking lot north of Skate Palace
July 1 – October 28, Friday 2:00 – 6:00 pm

Mapleton – inside Community Building
July 11 - October 31 (closed Labor Day)
Monday 11:00 am – 1:30 pm

MmMmGOOD-hue Produce (Warren Co.)
Intersection of Hwy 5 & Hwy S23
July 4 – Labor Day weekend
Monday – Saturday, 10:00 am – 5:00 pm

MUSIL GARDENS (Benton Co.)
Saint Wenceslaus Church, 1224 5th Street SE
May 7 – October 29, Saturday 7:00 am – noon
Open on Saturdays when the CR downtown market is closed.

OUR PARADISE (Polk Co.)
4012 NE 62nd Avenue, Ankeny
June – November 1st, Daily 10:00 am – 6:00 pm

PENICK'S SWEET CORN (Warren Co.)
Intersection of 65/69 & Scotchridge Road
July – September, Daily 8:00 am – 6:00 pm

RINEHART FAMILY FARM (Boone Co.)
703 Kale Road, Boone
July – October, Daily

TARRE DE' AMORE FARM (Warren Co.)
7924 Illinois Street, Indianola
September 15 – October 15, Tuesday – Saturday 1:00 – 5:00 pm

THE PRODUCE STORE (Black Hawk Co.)
Jubilee Church parking lot, Corner of E 4th St & Newell St
May 31 – October 28, Tuesday - Friday 9:00 am – 6:00 pm

UNI-Waterloo Produce Market (Black Hawk Co.)
Dollar General, 930 W 5th Street, Waterloo
June – October, Thursday 11:30 am – 2:00 pm

Jubilee United Methodist Church parking lot
1621 East 4th St, Waterloo
June – October, Friday 3:00 – 5:30 pm

People's Clinic, 905 Franklin Street, Waterloo
June – October, Thursday 3:00 – 5:30 pm

VEGGIE PATCH (Sioux Co.)
2125 490th Street, Ireton
July – October
Monday – Friday 9:00 am – 5:00 pm

WILBERS NORTHSIDE MARKET (Boone Co.)
1024 8th Street, Boone
July – October, Monday – Saturday; hours vary each day

WILLS FAMILY ORCHARD (Dallas Co.)
33130 Panther Creek Road, Adel
September 10 – October 30
Saturday 9:00 am – 5:00 pm, Sunday Noon – 5:00 pm

ZIMMERMAN'S GREENHOUSE (Chickasaw Co.)
1105 Exeter Avenue, Alta Vista
April 1 – November 1, Daily 8:00 am – 8:00 pm

Iowa Department of Human Services

Comm. 316 (Rev. 9/15)

PACE
Program of All-Inclusive Care for the Elderly

Para solicitar este documento en español, comuníquese con Servicios al Afiliado al teléfono 1-800-338-8366, de lunes a viernes desde las 8:00 a.m. hasta las 5:00 p.m.

Table of Contents

What Is PACE? ... 1
What Is a PACE Service Area? ... 1
How Can I Apply for the PACE Program? ... 3
Can I Disenroll From the PACE Program? ... 3
What Happens If I Move? ... 3
What If I Am Not Medicaid Eligible? ... 3
What Is My Iowa Medical Assistance Eligibility Card? ... 3
Will I Get a PACE Card? ... 4
How Do I Get Care? ... 5
What Is a PACE Center? ... 6
What Services Will be Covered by PACE? ... 6
What If I Don’t Live Near the PACE Center? ... 6
What If I Need Emergency Care? ... 6
What Are My Rights and Responsibilities? ... 7
What Is Estate Recovery? ... 8
What Is a PACE Provider Grievance? ... 8
What Is a PACE Provider Appeal? ... 9
What Is a DHS Appeal? ... 9
What If I Believe That I Have Been the Victim of Discrimination or Harassment? ... 10
Important Contact Information ... 11

What Is PACE?

PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) is a program designed for members who meet these requirements:

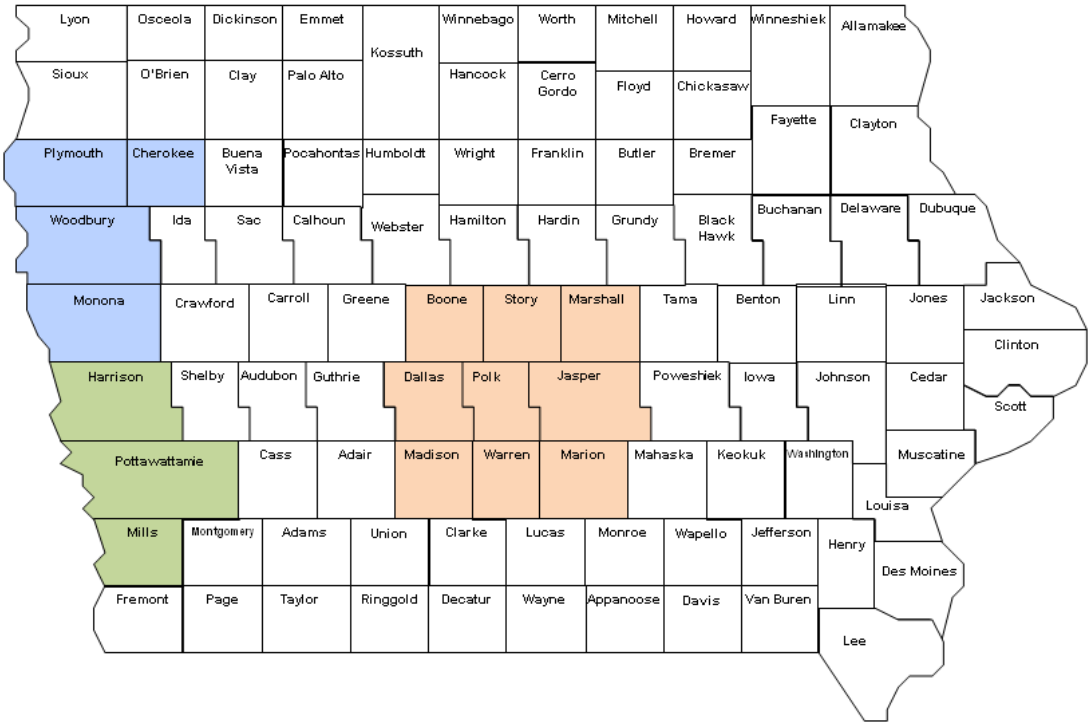
- Are age 55 or older
- Live in select Iowa counties
- Meet a level of care that is equal to nursing facility services because of chronic illnesses or disabilities
- Can live safely in your home with help from PACE services

PACE is an Iowa Medicaid managed care program that will help you to stay in your home and stay as healthy as possible. Inside this booklet, you will find more specific information about Iowa Medicaid Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). Please take a few minutes to review the information.

The PACE physician and medical staff will provide preventive and primary care; but PACE will also provide any other medical care that you may need such as hospitalizations, specialty care, nursing facility care, hospice or emergency care. Besides medical and personal care support, a PACE social worker will help you with non-medical problems; and also coordinate admission and discharge if you need care outside of your home. Transportation is also provided to make sure you can attend your medical appointments and come to the PACE center. You will always be able to contact your PACE provider 24 hours a day, seven days per week.

What Is a PACE Service Area?

Each PACE provider has select counties in which it may provide services. The service area is approved by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). On the next page, is an Iowa map that shows the counties in which PACE is provided. There is also a chart that includes contact information for each of the current PACE programs in separate columns. If you are interested in learning more about the PACE program, contact the PACE provider for the county where you live.



PACE Programs in Iowa		
Immanuel Pathways Southwest Iowa	**Immanuel Pathways Central Iowa**	**Siouxland PACE**
PACE Center Address: 1702 N. 16th. Street Council Bluffs, IA 51501	**PACE Center Address:** 7700 Hickman Road Windsor Heights, IA 50324	**PACE Center Address:** 309 Cook Street Sioux City, IA 51103
Telephone: 712-256-7284 TTY: 1-800-537-7697	**Telephone:** 515-270-5000	**Telephone:** 712-224-7223 Toll Free: 1-888-722-3713
Email: info@immanuelpathways.org	**Email:** IPinfo@immanuelpathways.org	**Email:** n/a
Web Address: www.immanuelcommunities.com/pathways	**Web Address:** www.immanuelcommunities.com/pathways	**Web Address:** www.unitypoint.org/siouxcity/services-pace.aspx
Counties in service area: Harrison Mills Pottawattamie	**Counties in service area:** Boone Jasper Madison Polk Warren Dallas Marshall Marion Story	**Counties in service area:** Cherokee Monona Plymouth Woodbury

How Can I Apply for the PACE Program?

Contact the PACE provider for the county in which you live. A representative will explain the PACE program and the application process to you. The PACE representative can assist you with application information that your DHS income maintenance worker will need to process a Medicaid application, if it is necessary.

Can I Disenroll From the PACE Program?

It is always your choice to stop receiving services from the PACE program at any time. Notify your PACE social worker at your PACE center phone number (see page 2).

What Happens If I Move?

If you move to a new county, notify your PACE social worker at your PACE center phone number (see page 2).

What If I Am Not Medicaid Eligible?

A person who is Medicare eligible may also receive PACE services. If you are interested, contact the PACE provider and a PACE representative will be able to explain how the PACE program works if you are Medicare eligible or both Medicare and Medicaid eligible.

What Is My Iowa Medical Assistance Eligibility Card?

When you are eligible for Medicaid in Iowa, you will receive a Medical Assistance Eligibility Card that identifies you as being a Medicaid member. Each person eligible for Iowa Medicaid will get a Medical Assistance Eligibility Card and two key chain cards.

Your PACE provider will cover your medical needs, including prescriptions, as long as you are enrolled in the PACE program. **You will need your Medical Assistance Eligibility Card for emergencies only. Keep this card with you for this purpose.** Your PACE provider will also give you stickers for your Iowa Medical Assistance Eligibility Card and your two key chain cards. The PACE stickers will include the telephone number of your PACE provider so any follow-up care can be provided to you promptly after your emergency.

A sample of the Medical Assistance Eligibility Card is shown above. Please remember that this card will only be needed for emergencies.

This card will be printed with the following information:

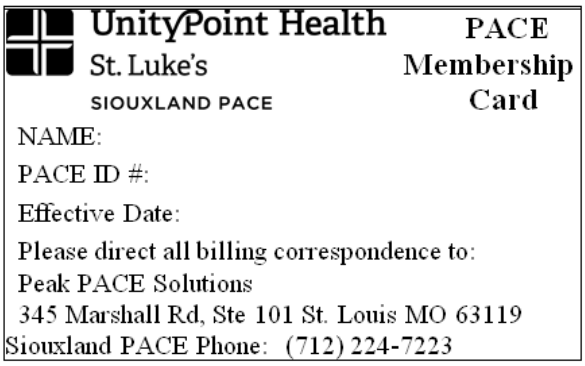
1. Your name, birth date, and your Medicaid personal ID number.
2. Instructions for your provider to determine eligibility and managed care enrollment.
3. The telephone number for the Iowa Medicaid Member Services Call Center on the back side.

The Member Services Call Center is available from 8 a.m. to 5 p.m. at 1-800-338-8366 or 515-256-4606, weekdays from 8 a.m. to 5 p.m.

Your Medical Assistance Eligibility Card should be sent to you within a few days after your application and approval for the PACE program is completed. If you did not get a Medical Assistance Eligibility Card, you can contact Member Services at 1-800-338-8366 or in the Des Moines area at 515-256-4606, weekdays from 8 a.m. to 5 p.m.

Will I Get a PACE Card?

Once you are enrolled in the PACE program, your PACE provider will give you a PACE membership card. The PACE membership card will have the PACE provider's telephone number on it. Samples of PACE cards are shown below:

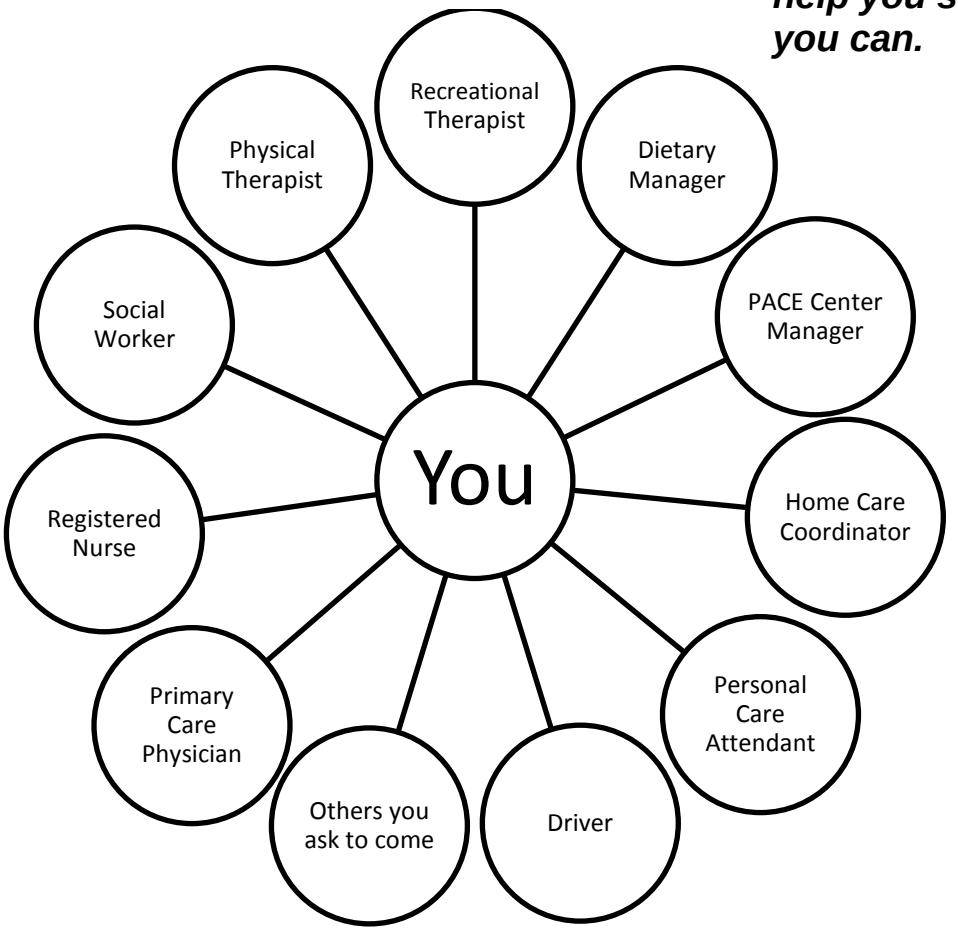


Be sure to keep your PACE membership card and your Iowa Medical Assistance Eligibility Card safe but easily available. Your PACE card will be needed for all other PACE services when an insurance card is needed. This excludes emergency services. All services will be authorized by your PACE interdisciplinary team (IDT). PACE will schedule appointments for you and schedule transportation to your appointments, if needed.

How Do I Get Care?

You will have a medical home when you are enrolled with the PACE program. You will be part of a professional team, also known as your interdisciplinary team (IDT), that will coordinate and ensure that your entire medical and, if necessary, long-term care needs are met for as long as you are enrolled with the PACE program. Depending on the needs that you have, there may be more professionals involved. Your PACE professional team or IDT works to help you stay as healthy as you can.

Your PACE team works to help you stay as healthy as you can.



What Is a PACE Center?

Each PACE provider must have at least one PACE center in their service area. The PACE center includes a number of supports that may be of assistance to you. To maintain your best health, the PACE center includes a medical clinic that includes physician and nursing services. Some of the other supports that must be available in the PACE center, if you need them, are physical therapy, occupational therapy, speech therapy, personal care, nutritional counseling, recreational therapy, social activities and meals. Other medically necessary services, identified by you and your team, that cannot be provided at the PACE center or in your home, will be coordinated for you by the PACE provider.

What Services Will be Covered by PACE?

Services Available at the PACE Center	Other PACE Benefits
• Meals • Nutritional counseling • Personal care services • Physical therapy, occupational therapy, and other restorative therapies • Primary medical care (including physician and nursing services) • Recreational therapy and social activities • Social work services • Transportation • Prescription drugs	• Ambulance services • Audiology services • Dental services • Home health services • Hospice services • Inpatient hospital services • Laboratory and X-ray services • Medical equipment and supplies • Nursing facility services • Optometric services • Outpatient hospital services • Palliative care services • Podiatry services

What If I Don’t Live Near the PACE Center?

If you do not live near the PACE Center you have the option to:

- Receive services in your community,
- Receive transportation to the PACE center from the PACE provider,
- Receive services from PACE providers that come to your home, or
- Agree on another option that works for you and your PACE team.

What If I Need Emergency Care?

Emergent Care

An emergency is any condition that places your life in danger or causes permanent disability if not treated immediately.

If you have a serious or disabling emergency, call 911, go directly to the nearest hospital emergency room, or call an ambulance. Bring your Iowa Medicaid card. **You do not need to call your PACE provider first.** However, call, or ask someone to call, your PACE provider as soon as possible to let the PACE staff know that you needed emergency care. Your PACE provider will assist you with any follow-up care that you need. The following are examples of emergencies:

- A serious accident
- Poisoning
- Heart attack
- Stroke
- Severe bleeding
- Severe burns
- Severe shortness of breath

Follow-Up Care After an Emergency

You must contact your PACE provider for all follow-up care. Do not return to the emergency room for follow-up care. Your PACE provider will either provide or authorize this care for you.

Urgent Care

Urgent care is when you are not in a life threatening or a permanently disabling situation and have time to call your PACE provider.

You must call your PACE provider if you have an urgent care situation.

Some examples of urgent care are:

- Fever
- Stomach pain
- Ear aches

Please remember that you will need to pay for services that are not authorized by your PACE IDT.

What Are My Rights and Responsibilities?

My Rights

- I have the right to be treated with respect.
- I have the right to be protected against discrimination.
- I have the right to information and assistance.
- I have the right to choice of providers.
- I have the right to emergency services.
- I have the right to confidentiality.
- I have the right to make treatment decisions.
- I have the right to file grievances and appeals.
- I have the right to disenroll from the PACE program.

Your PACE provider will provide you with a copy of your rights and discuss them with you.

My Responsibilities

- I need to communicate with my PACE provider regarding my needs, any changes in my care, and my choices.
- I need to understand that all medically necessary services are provided through my PACE provider.
- I need to understand that any unauthorized services **(except emergency care)** will be my financial responsibility.
- I need to contact my PACE provider if I received emergency care.
- I need to contact my PACE provider if I am going to move out of the PACE service area.

What Is Estate Recovery?

Estate Recovery Legal reference: 441 IAC 75.28(7)

The cost of medical assistance is subject to recovery from the estate of certain Medicaid members. Members affected by the estate recovery policy are those who:

- Are 55 years of age or older, regardless of where they are living; or
- Are under age 55 and:
    - Reside in a nursing facility, an intermediate care facility for persons with an intellectually disability, or a mental health institute, and
    - Cannot reasonably be expected to be discharged and return home

What Is a PACE Provider Grievance?

A grievance is a complaint. It means that you are unhappy with how PACE services are provided to you; or you are unhappy with the quality of care that you are receiving from PACE. A grievance or complaint can be given to PACE staff in writing or just verbally. It could be a small concern that, most likely, can be corrected pretty easily such as “It is too cold in here.” A grievance could also be something that is more serious or complicated such as “The PACE staff did not come to my home to help me today.”

Any kind of grievance or complaint that you have must be documented and resolved. Your PACE provider must discuss the specific steps that will be taken to resolve the grievance or complaint with you. The steps will include timelines for response. This all should be given to you in writing.

If you feel that the PACE provider is not trying to work with you to resolve your complaint, you may contact the Iowa Medicaid Member Services Call Center at 1-800-338-8366 toll free or 515-256-4606 in the Des Moines area. Member Services will record and send your concern to the PACE program manager who will contact you within three working days.

What Is a PACE Provider Appeal?

You can file an appeal if you don't agree with the PACE provider's decision to reduce a service, deny a service; or terminate a service that you receive or would like to receive through the PACE program.

Your PACE provider must give you written information on how to file an appeal and what steps the PACE provider will take to address your appeal.

If the PACE provider does not agree with you, you must receive a written decision from PACE and a chance to give your side of the story in person or in writing.

If PACE still does not agree with you, you can choose to file a DHS appeal. A DHS appeal hearing will be held by telephone with an administrative law judge. You will present your side of the disagreement and the PACE provider will, also, present its side. The administrative law judge will write a decision. You may have family or friends help you with your appeal. You may also contact the Office of Long Term Care Ombudsman or legal services for assistance.

What Is a DHS Appeal?

A DHS **appeal means you are** asking for a hearing because you do not like a decision the Department of Human Services (DHS) makes. Generally, there are two common DHS decisions with which you may disagree:

- Denial of your Medicaid eligibility for the PACE program. This would be related to financial income requirements that a DHS income maintenance worker would make.
- Denial of the nursing facility (NF) level of care.

A DHS appeal is different than a PACE provider appeal. For information about a PACE provider appeal see the section called "What is a PACE Provider Appeal?"

You have the right to file an appeal if you disagree with a DHS decision. You do not have to pay to file an appeal. [441 Iowa Administrative Code Chapter 7]

How do I appeal?

Filing a DHS appeal is easy. You can appeal in person, by telephone, or in writing for the PACE program. To appeal, do one of the following:

- Complete an appeal electronically at https://secureapp.dhs.state.ia.us/dhs_titan_public/appeals/appealrequest, **or**
- Write a letter telling us why you think a decision is wrong, **or**
- Fill out an Appeal and Request for Hearing form. You can get this form at your county DHS office or from your PACE social worker.

Send or take your appeal to the Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. If you need help filing an appeal, ask your county DHS office or your PACE social worker.

How long do I have to appeal?

You have 90 calendar days to file an appeal from the date of a decision.

If you file an appeal 90 days after the date of a decision, we cannot give you a hearing.

Can I continue to receive PACE services while I am waiting for my hearing?

You may keep your PACE services until your appeal is final or through the end of your Medicaid certification period if you file an appeal:

- Within 10 calendar days of the date the notice is received. A notice is considered to be received 5 calendar days after the date on the notice, or
- Before the date a decision goes into effect.

Any services you receive while your appeal is being decided may have to be paid back if you lose your appeal.

How will I know if I get a hearing?

You will get a hearing notice that tells you the date and time a telephone hearing is scheduled. You will get a letter telling you if you do not get a hearing. This letter will tell you why you did not get a hearing. It will also explain what you can do if you disagree with the decision to not give you a hearing.

Can I have someone else help me in the hearing?

You or someone else, such as a friend or relative, can explain in writing why you disagree with the Department's decision.

You may also have a lawyer help you, but the Department will not pay for one.

Your county DHS office or your PACE social worker can also give you information about legal services.

What If I Believe That I Have Been the Victim of Discrimination or Harassment?

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, please send a letter explaining your complaint to:

Iowa Department of Human Services, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; fax (515) 281-4243, or via e-mail contactdhs@dhs.state.ia.us

Important Contact Information

Write the contact information of your PACE provider below along with any other important information that you may need. Then keep this book in a place that you will remember.

PACE Provider:	
Emergency:	**911**
DHS Income Maintenance Office:	

Iowa Medicaid Member Services Call Center	
Telephone:	1-800-338-8366 or 515-256-4606
Address:	PO Box 36510 Des Moines, IA 50315
Web site:	http://dhs.iowa.gov/ime/members
Email:	IMEMemberServices@dhs.state.ia.us

Iowa Department of Human Services

Comm. 337 (Rev. 4/16)

Medicaid for Kids with Special Needs

What is Medicaid for Kids with Special Needs?

It helps pay medical bills for children with special needs due to a disability.

Questions?

For information on how to get an application or for help completing an application, please call 1-877-937-3663.

Where is my local DHS office?

To find the location of the Department of Human Services office close to you call *2-1-1*.

www.dhs.state.ia.us

DHS Policy on Nondiscrimination

It is the policy of the Iowa Department of Human Services (DHS) to provide equal treatment in employment and provision of services to applicants, employees and clients without regard to race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, religion, age, disability, political belief or veteran status.

If you feel DHS has discriminated against or harassed you, please send a letter detailing your complaint to:

Iowa Department of Human Services
Bureau of Policy Coordination
Hoover Building – 5th Floor
1305 E Walnut
Des Moines IA 50319-0114

Via email contactdhs@dhs.state.ia.us

Is your child eligible?

Your child must be:

- ♥ Under the age of 19.
- ♥ Disabled. The disability must meet the standards of the Social Security Administration.
- ♥ Income eligible. Your family income must be no more than 300% of the federal poverty level for your family size. See the Income Amounts chart.
- ♥ A U.S. citizen.

Does your child have other health insurance?

- ♥ If yes, you must pay the premiums and keep your child covered for as long as your employer pays at least half of the premium cost.
- ♥ If no, but you can get health insurance from your employer **and** if your employer pays at least half of the premium cost, then you must enroll your child in the employer insurance plan.
- ♥ If your employer does not pay at least half of the insurance premium cost, then you are not required to enroll your child.

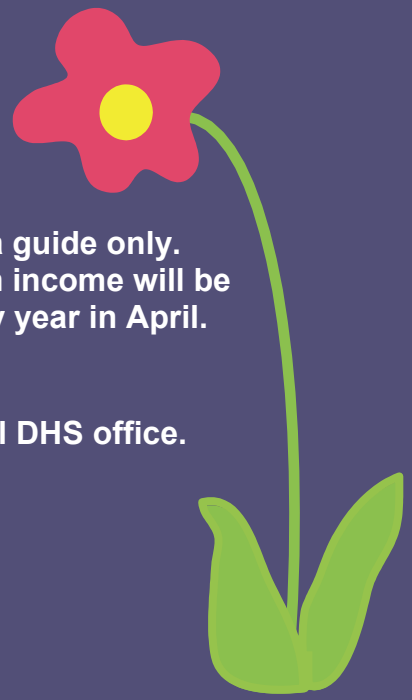
How do you apply for your child?

- ♥ Complete the Health Services Application and turn it in at your local Department of Human Services office (DHS).
- ♥ To help process your application, provide information requested by the worker. This includes your income, your child's disability, and health insurance.
- ♥ If your child had a disability determination by the Social Security Administration, then provide the decision to DHS.
- ♥ If your child has not had a disability determination by the Social Security Administration, then DHS will process the determination.

Income Amounts

Number in the Family	Monthly Income Limits
1	$2,970
2	$4,005
3	$5,040
4	$6,075
5	$7,110
6	$8,145
7	$9,183
8	$10,223

For each additional person add $1,040.



This chart is a guide only. The maximum income will be updated every year in April.

Questions?
Call your local DHS office.

Iowa Department of Human Services

Comm. 414 (Rev. 3/16)

Protecting Your Resources and Income

Medicaid help married couples pay the cost of a spouse's care in a medical facility.

These policies apply only if you or your spouse plan to stay, or have stayed, in the medical facility 30 consecutive days or more and entered after September 30, 1989.

When can Medicaid help?

Medicaid may pay up to the full facility cost depending on your resources and income. To find out if you or your spouse qualifies for Medicaid, you will need to complete an application.

To get Medicaid, the spouse in the medical facility must be aged 65 or older, blind or disabled.

What resources can be protected?

The protection of resources for the spouse at home depends on the couples' total combined resources as of the first day of the month the spouse entered the medical facility. All resources must be listed on the Medicaid application. The Department of Human Services (DHS) will determine which resources are countable to determine eligibility, and then split the amount between the spouse in the facility and the spouse at home.

The spouse at home can keep:

- Half of the total resources, or $24,000 whichever is greater,
- But no more than $119,220*.

The amount of resources kept by the spouse at home may be increased by a court order or by an appeal decision.

To be eligible for Medicaid long-term care coverage, the applicant cannot have more than $2,000 after resources are split between the spouses.

What is the income limit?

The income of the spouse in the medical facility cannot exceed three times the monthly SSI cash benefit for Medicaid to help pay the cost of care. (This is $2,163* per month in 2014. In 2015 and 2016, it is $2,199* per month.)

What income can be protected?

The spouse in the medical facility can keep $50 of monthly income for personal needs. If the spouse in the facility has earnings, they can also keep an additional $65 per month. The DHS worker will determine if income from the spouse in the facility can be given to the spouse at home and dependent relatives living with the spouse to help them pay their living expenses.

Does it matter whose name the income is in?

In most cases, when income is in the name of one individual, DHS considers the income belongs to that individual. If the income is in the names of both spouses, DHS considers one half belongs to each spouse. If there is trust property, the income shall be considered according to the trust document.

* These amounts are indexed for inflation and change when the federal government releases the annual inflation amount.

Iowa Department of Human Services

SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME PAYMENT STANDARDS

Individual in own home	$ 733.00
Couple in own home	1,100.00
Individual in medical institution	30.00
Individual in household of another	488.67
Couple in household of another	733.34
Essential person increment	367.00

MEDICAL INSTITUTION LIMITS

Medicaid income cap for nursing care, hospital, MHI, ICF/MR, PMIC	$ 2,199.00
Minimum monthly maintenance needs allowance (MMMNA)	2,980.50
Maximum community spouse resource allowance	119,220.00

STATE SUPPLEMENTARY ASSISTANCE STANDARDS

Family-Life Home

Payment to family	$	792.00
Personal needs allowance	+	103.00
Payment standard	$	895.00

Blind Allowance *(Maximum payment $22.00)*

Individual	$ 755.00
Couple, one is blind	1,122.00
Couple, both are blind	1,144.00

Dependent Person *(Maximum payment $377.00)*

Aged or disabled client and dependent relative	$ 1,110.00
Aged or disabled client, eligible spouse, and dependent relative	1,477.00
Blind client and dependent relative	1,132.00
Blind client, aged or disabled spouse, and dependent relative	1,499.00
Blind client, blind spouse, and dependent relative	1,521.00

In-Home Health-Related Care *(Maximum payment $480.55)*

Income limits after $65 + 1/2, unmet medical needs, and diversion for dependents:

Individual in own home	($480.55 + 733 home maintenance)	$ 1,213.55
Couple, one member needs care	($480.55 + 1,100 home maintenance)	1,580.55
Couple, both need care	($480.55 + 480.55 + 1,100 home maintenance)	2,061.10

Home maintenance allowance:

Individual in own home	$ 733.00
Couple in own home	1,100.00
Each additional family member	367.00

Residential Care

Flat per diem rate = $17.86. Client's maximum income after $65 + 1/2, unmet medical needs and diversions for spouse and dependents is $656.66 ($17.86 x 31 days + $103 personal needs allowance).

Maximum cost-related per diem rate = $30.05. Client's maximum income after $65 + 1/2, unmet medical needs and diversions for spouse and dependents is $1,034.55 ($30.05 x 31 days + $103 personal needs allowance).

Iowa Department of Human Services

Desk Aid

COVERAGE GROUP	RESOURCE LIMIT	MONTHLY INCOME LIMITS							
Food Assistance	$3,250 if one or more age 60 or older or disabled $2,250 all other households	Household Size							
			1	2	3	4	5	6	7
		Gross	$ 1,276	$ 1,726	$ 2,177	$ 2,628	$ 3,078	$ 3,529	$ 3,980
		Net	$ 981	$ 1,328	$ 1,675	$ 2,021	$ 2,368	$ 2,715	$ 3,061
		Max Allotment	$ 194	$ 357	$ 511	$ 649	$ 771	$ 925	$ 1,022
Expanded FA Cat Elig	None	Household Size							
		1	2	3	4	5	6	7	
		$ 1,570	$ 2,125	$ 2,680	$ 3,234	$ 3,789	$ 4,344	$ 4,898	
FIP	$2,000 per applicant household $5,000 per recipient household	Household Size							
			1	2	3	4	5	6	7
		Test 1	$ 675.25	$1,330.15	$1,570.65	$1,824.10	$2,020.20	$2,249.60	$2,469.75
		Test 2	$ 365	$ 719	$ 849	$ 986	$ 1,092	$ 1,216	$ 1,335
		Test 3	$ 183	$ 361	$ 426	$ 495	$ 548	$ 610	$ 670
Medically Needy Medicaid *	$10,000 per household	Medically Needy Income Level (MNIL) by Household Size							
		1	2	3	4	5	6	7	
		$ 483	$ 483	$ 566	$ 666	$ 733	$ 816	$ 891	

100% Poverty Level	1	2	3	4	5	6	7
	$ 990	$ 1,335	$ 1,680	$ 2,025	$ 2,370	$ 2,715	$ 3,061
	For each additional household member add $347						

300% Poverty Level Medicaid for Kids with Special Needs (MKSN)	1	2	3	4	5	6	7
	$ 2,970	$ 4,005	$ 5,040	$ 6,075	$ 7,110	$ 8,145	$ 9,183
	For each additional household member add $1,040.						

COVERAGE GROUP	RESOURCE LIMIT	MONTHLY INCOME LIMITS
SSI-Related Medicaid *	$2,000 for one person $3,000 for a couple	Household Size (couple in own home): 1 — $ 733; 2 — $ 1,100
QMB * (A Medicare Savings Program)	$7,280 for one person $10,930 for a couple	Effective 3/1/16 — Poverty Level 100%; Household Size: Individual $ 990; Couple $ 1,335
SLMB * (A Medicare Savings Program)	$7,280 for one person $10,930 for a couple	Poverty Level / Household Size / Income Over / But Less Than
		Effective 3/1/16 Over 100% but less than 120% — Individual: Income Over $ 990, But Less Than $ 1,188
		Couple: Income Over $ 1,335, But Less Than $ 1,602
Expanded SLMB * (QI-1) (A Medicare Savings Program)	$7,280 for one person $10,930 for a couple	Poverty Level / Household Size / Income / But Less Than
		Effective 3/1/16 120% but less than 135% — Individual: Income $ 1,188, But Less Than $ 1,337
		Couple: Income $ 1,602, But Less Than $ 1,803
QDWP Medicaid * (A Medicare Savings Program)	$4,000 for one person $6,000 for a couple	Effective 3/1/16 — Poverty Level 200%; Household Size: Individual $ 1,980; Couple $ 2,670
MEPD Medicaid for Employed People with Disabilities	$12,000 for one person $13,000 for a couple	Net countable income is less than 250% FPL Eff. 3/1/16

MEPD Income Limit Household Size

1	2	3	4	5	6	7	8
$ 2,475	$ 3,338	$ 4,200	$ 5,063	$ 5,925	$ 6,788	$ 7,653	$ 8,519

* Note: Compare net countable income to the income limits.

Monthly Medicare Part B Premium
(Effective 1-1-2015)
$104.90

MEPD Premiums Effective August 1, 2015

If the gross monthly income of the person getting MEPD is:	FPL	Premium Amount
$ 1,485 or less	At or below 150%	**$ 0**
Above: $ 1,485	**Above:** 150%	$ 32
1,634	165%	44
1,782	180%	53
1,980	200%	62
2,228	225%	73
2,475	250%	84
2,970	300%	106
3,465	350%	130
3,960	400%	153
4,455	450%	177
5,445	550%	221
6,435	650%	268
7,425	750%	316
8,415	850%	375
9,900	1000%	451
11,385	1150%	530
12,870	1300%	612
$ 14,652 and above	1480%	707

Iowa Department of Human Services

Desk Aid for MAGI, MIYA, IHAWP, and *hawk-i*

COVERAGE GROUP	RESOURCE LIMIT	MONTHLY INCOME LIMITS						
MAGI Children, Parents, and Caretakers FMAP	None	**Household Size**						
		1	2	3	4	5	6	7
		$ 447	$ 716	$ 872	$ 1,033	$ 1,177	$ 1,330	$ 1,481
		For each additional household member add $178						
MAGI Children and Pregnant Women	None	**Household Size**						
		Poverty Level	1	2	3	4	5	6	7
		167% Children 1-18	$ 1,654	$ 2,230	$ 2,806	$ 3,382	$ 3,958	$ 4,535	$ 5,112
		For each additional household member add $579						
		375% Infants (under 1) and Preg. women	$ 3,713	$ 5,007	$ 6,300	$ 7,594	$ 8,888	$ 10,182	$ 11,479
		For each additional household member add $1,300						
MIYA	None	**Household Size**						
		Poverty Level	1	2	3	4	5	6	7
		254%	$ 2,515	$ 3,391	$ 4,268	$ 5,144	$ 6,020	$ 6,897	$ 7,775
		For each additional household member add $881							
IOWA HEALTH AND WELLNESS PLAN (IHAWP) AGE 19-64		**MONTHLY INCOME LIMITS**						
		1	2	3	4	5	6	7
0-100% FPL WELLNESS PLAN		$ 990	$ 1,335	$ 1,680	$ 2,025	$ 2,370	$ 2,715	$ 3,061
		For each additional household member add $347						
101-133% FPL MARKETPLACE CHOICE		$ 1,317	$ 1,776	$ 2,235	$ 2,694	$ 3,153	$ 3,611	$ 4,071
		For each additional household member add $461						
***hawk-i* UNDER AGE 19**		**MONTHLY INCOME LIMITS**						
		1	2	3	4	5	6	7
302% FPL		$ 2,990	$ 4,032	$ 5,074	$ 6,116	$ 7,158	$ 8,200	$ 9,244
		For each additional household member add $1,047						