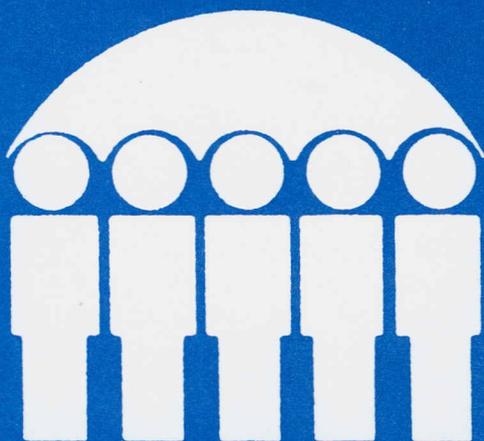


Medicaid

*PARA PERSONAS
RELACIONADAS CON SSI*



Iowa Department of
Human Services

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

- ¿Que es Medicaid?..... 1
- ¿Que es SSI-Relacionado con Medicaid?..... 1

REQUISITOS

- ¿Yo califico?..... 2
- ¿Cuales son los requisitos del Programa?..... 3
- ¿Que requisitos para Residentes de establecimiento médico?..... 11

RECIBIENDO ATENCIÓN MÉDICA

- ¿Como obtengo yo Atención Médica? 13
- ¿Puedo escoger el Proveedor Médico?13
- ¿Cuando empieza la Cobertura?.....14
- ¿Que servicios de Medicaid están Cubiertos?..... 15

SOLICITUD

- ¿Cuando y Donde Solicito?.....16

PAGOS

- ¿Debo pagar por Atención Médica?.. 17
- ¿Como se hacen los pagos?..... 18
- ¿Puedo calificar si yo tengo Seguro Médico?..... 18
- ¿Que sucede si yo recibo una liquidación médica de otra fuente?. 19
- ¿Y si soy beneficiario de Medicare?.20

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

- ¿Cuales son mis derechos como Solicitante o Cliente?..... 20
- ¿Cuales son mis responsabilidades?...20

REQUISITOS

¿YO CALIFICO?

Tu puedes calificar totalmente para cobertura de Medicaid si tu llenas cualquiera de los siguientes requisitos:

- Tu recibes un pago a través del programa Supplemental Security Income (SSI) o el programa de State Supplementary Assistance (SSA).
- Tu vives en un establecimiento médico (hospital o casa para ancianos) y tu llenas todos los requisitos para el programa SSI con excepción de ingresos o recursos.
- Tu eres elegible para SSI o SSA y Social Security en alguna ocasión pero ya no calificas para SSI o SSA debido a que el costo de vida de Social Security ha aumentado.
- Tus ingresos o recursos son mayores del límite de SSI (página 4 tiene más detalles). En este caso tu puedes calificar por el SSI relacionado Medically Needy Program. Para mayor información, por favor ver el folleto "Medicaid for the Medically Needy", el cual también está disponible para ti a través de tu trabajadora DHS.

Tu puedes calificar para servicios limitados de Medicaid si tu llenas los siguientes requisitos:

- Tu tiene Medicare Part A y tu llenas los requisitos de elegibilidad para

el programa Qualified Medicare Beneficiary (QMB), Para mayor información ver el folleto "Medicaid for the Qualified Medicare Beneficiary", el cual está disponible para ti de tu trabajadora DHS.

- Tu tienes Medicare Part A y tu llenas los requisitos de elegibilidad para el programa Specified Low Income Medicare Beneficiary (SLMB). Para mayor información contacta a tu trabajadora DHS
- Tu calificas para comprar Medicare Part A y tu no calificas para Medicaid bajo cualquier otro grupo de cobertura y tu llenas todos los otros requisitos de elegibilidad para los programas Qualified Disabled and Working Persons (QDWP). Para mayor información contacta a tu trabajadora DHS

¿CUALES SON LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA?

El programa SSI en relación con Medicaid requiere que tu seas de edad avanzada, ciego, o incapacitado; de que tus ingresos y recursos estén dentro de ciertos límites; y de que tu llenes otros factores de elegibilidad.

- **Edad:** Tu edad sea 65 años o mayor, o
- **Ciego:** Sin importar tu edad, tu visión sea 20/200 o menos o tu campo visual este limitado a 20 grados o menos con los mejores lentes correctivos. Si el deterioro visual no es lo suficientemente severo para que tu seas considerado ciego, tu puedes aun calificar como una persona incapacitada, o

- **Incapacitado:** Tu tienes un deterioro físico o mental que te previene de poder hacer trabajo cuando menos 12 meses o lo que se suponga que el resultado sea muerte. Un menor de edad de 18 años puede también calificar como incapacitado.

- **Ingreso:** Tu debes reportar todo el ingreso para ser considerado por DHS, incluyendo intereses, cantidades en efectivo, ingreso grabado y también ingreso no grabado (como Social Security, Beneficios de Veterano, o anualidades). Se requiere que tu ingreso no exceda de ciertos límites, dependiendo del programa por el cual tu has calificado.

Programas SSI y SSA

Estos programas tienen diferente límite de ingreso dependiendo de tus necesidad y circunstancias. Ve a tu trabajadora DHS para determinar tus límites de ingreso.

Si tu estas en un establecimiento médico, tu ingreso mensual total (sin ninguna deducción) no puede ser mayor de tres veces el beneficio básico SSI de una persona.

Programa OMB

Tu ingreso deberá estar dentro del 100% del nivel Federal de pobreza. Ver el folleto "Medicaid for the Qualified Medicare Beneficiary" para mayor

información.

Programa SLMB

Tu ingreso contable es mas de 100% del nivel Federal de pobreza pero no 120% del nivel Federal de pobreza.

Programa ODWP

Tu ingreso contable es 200% o mas bajo del nivel Federal de pobreza.

Programa Medically Needy

El programa Medically Needy puede no pagar todos tus gastos médicos, lo que quiere decir que tu puedas ser responsable de pagar algunos de tus gastos médicos. La cantidad por la cual tu puedas ser responsable está basada en tu ingreso contable total. Por favor ver el folleto "Medicaid for the Medically Needy" para mayor información.

■ **Recursos:** Recursos son las cosas que tu posees, tales como tu casa, contratos por la venta de bienes raíces, propiedad personal, fideicomiso, patrimonio de vida, acciones, y bonos, cuentas de ahorro o de cheques, o dinero en efectivo.

En determinar el valor contable de tus recursos, toma en consideración las siguientes guías ya que no todos los recursos se cuentan:

A. Tu hogar no se cuenta si tu vives

en el, o si tu estas fuera y tienes planeado volver, o si tu conyugue o pariente que dependa de ti esta viviendo ahí.

- B. Pólizas de Seguro de Vida no se cuentan si el total del valor nominal es \$1,500 o menos. Si el valor nominal es más de \$1,500. solamente el valor en efectivo se cuenta.
- C. El valor de uno de tus vehículos no se cuenta si es utilizado por la familia como medio de transportación para ir a trabajar o para visitar un médico (cuando menos cuatro veces por año), o si ha sido modificado para el uso de una persona incapacitada. Si tu vehículo no está en ninguno de estos tipos simplemente ponlo en la lista, solamente la porción de actual valor en el mercado el cual exceda de \$4,500 puede ser contado como recurso.
- D. Artículos personales y del hogar o fondos especiales para entierro pueden no contarse, dependiendo de su valor.
- E. Hay diferentes guías en el valor contable de tus recursos si uno de los cónyuges de una pareja matrimonial entra a un establecimiento médico. Tu trabajadora DHS tiene mas información sobre de la guías mencionadas en los párrafos anteriores.

Se requiere que el valor de tus recursos no excedan ciertos limites, dependiendo del programa al cual tu califiques. Si tus recursos no exceden los limites, tu no puedes recibir beneficios de ese programa.

Programas SSI y SSA

\$2,000 para una persona y \$3,000 para un pareja casada que viven juntos.

Programas OMB, SLMB, y ODWP

\$4,000 para una persona y \$6,000 para dos o mas personas. Por favor ver "Medicaid for the Qualified Medicare Beneficiary" para mayor información sobre QMB.

Programa Medically Needy

\$10,000 para una o mas personas. Por favor ver el "Medicaid for the Medically Needy" para mayor información.

Cada uno de los limites de estos programas son considerados en forma diferente si un conyugue entra a un establecimiento médico y el otro permanece en casa. Por favor ver el folleto "Protection of Income and Resources" para mayor información. Pídele a tu trabajadora DHS una copia.

Transferencia de Recursos: Tu puedes no calificar para Medicaid si el valor de los recursos que tu has transferido (regalarlos o venderlos= fue por menor al precio justo del mercado. Esto depende de cuando los recursos fueron transferidos y a quién se los regalaron o vendieron.

A continuación hay varias guías de transferencia de recursos cuando menos a un valor justo en el mercado. Esto puede ser difícil de entender. Mayor información está disponible con tu trabajadora DHS.

1. Bienes (recursos o ingresos) transferidos a alguien mas que no sea tu cónyuge después de Agosto 10, 1993, y dentro de 36 (o 60 meses para transferencia a o por un fideicomiso) meses de haber hecho Solicitud para Asistencia Médica, puede causar una negación a pagos médicos de servicio. Tu puedes calificar para pagos de Medicaid por otros servicios.
2. Bienes transferidos en o después de Julio 1, 1993, y dentro de 60 meses de una Solicitud, o mientras que la persona está recibiendo Medicaid, puede resultar en que una demanda se registre en contra de la persona que haya recibido dichos bienes ya sea la cantidad que Medicaid haya pagado a nombre del recipiente o el valor no compensado del bien transferido, el que sea menor.
3. Recursos transferidos a alguien que no sea tu cónyuge después de Julio 1, 1989, y dentro de 30 meses de haber entrado a un establecimiento para ancianos, puede causar que tu no califiques para pagos de Medicaid de servicios de establecimiento para ancianos hasta de 30 meses aunque tu califiques para otros servicios de Medicaid.
4. Recursos transferidos a tu cónyuge después de Octubre 1, 1980, no afectará el que califiques para Medicaid.
5. Pagos a un establecimiento para ancianos pueden ser otorgados en casos de penuria cuando una transferencia de recursos se han hecho a alguien que no

sea tu cónyuge después de Julio 1, 1990. Medicaid puede pagar los servicios de un establecimiento para ancianos en casos de penuria cuando: (a) todos los métodos legales de recuperación de los recursos transferidos han sido agotados, y (b) el valor de ciertos recursos son menores del costo promedio de un establecimiento particular para ancianos en Iowa. Su trabajadora DHS tiene mayor información.

Nota:

Si tu solicitas para Medicaid y un período de sanción ha sido impuesto debido a que tu has regalado o vendido un recurso(s) antes de Julio 1, 1989 y no recibiste el valor justo del mercado por dicho recurso(s), el período de sanción continua por el tiempo del período establecido. Sin embargo, si el recurso(s) se te devuelve a ti, el período de sanción puede ser revisado.

■ **Otros Factores de Elegibilidad:**

Ciudadanía: Tu puedes ser ciudadano, un extranjero legal admitido para residencia permanente, o en otra forma residir en forma legal en los Estados Unidos bajo Color of Law ("Color of Law" quiere decir que Immigration and Naturalization Service ha dado permiso para que tu residas y no tiene planes de deportación).

Residencia: Generalmente, tu eres residente de Iowa si tu en forma voluntaria estas viviendo en el Estado por otra razón que no sea temporal. Consideraciones para determinar tu residencia y tu capacidad de expresar intención de vivir temporal o permanente en Iowa, tu edad (si eres menor de

21 años), tu situación de empleo, y si es que vives en un establecimiento médico. Si tu has sido colocado en un establecimiento en Iowa por otro Estado, tu eres considerado residente del Estado que te coloco en dicho establecimiento.

Otros

Beneficios: Conforme una persona solicita por Medicaid, tu deberás solicitar para, o estar recibiendo, todos los otros beneficios a que tu eres elegible. Otros beneficios incluye Social Security, Iowa Public Employees Retirement System (IPERS), Railroad Retirement, etc.

Numero de Social Security: Tu debes proporcionar tu propio numero de Social Security. Si tu no tienes un numero, se te pedirá que demuestres pruebas de que tu has solicitado uno.

Cooperación en Establecer Paternidad y Obtener Manutención:

Un padre o pariente guardián de un menor de 18 años de edad para quien se ha solicitado o esta recibiendo se requiere que:

- (1) coopere en establecer quien es el padre del menor, si esto no ha sido establecido en forma legal y
- (2) cooperar en obtener manutención cuando el padre(s) no están viviendo con el menor.

Fallar en cooperar sin tener

causa justa puede resultar en la falta de elegibilidad para Medicaid por los padres o pariente guardián. Tu trabajadora DHS puede proporcionar información en probar una causa justa.

¿QUE REQUISITOS HAY PARA RESIDENTES DE ESTABLECIMIENTO MÉDICOS?

Para calificar para Medicaid como residente de un establecimiento médico (estando en un hospital o establecimiento de ancianos), tu deberás de llenar los siguientes requisitos:

- **Limite de Ingresos:** Tus ingresos no pueden mayores que tres veces el beneficio de SSI para una persona.
- **Termino de estancia:** Una estancia de 30 días consecutivos en un establecimiento para ancianos es requerido si tus ingresos son mayores que el beneficio básico de SSI. Pagos al establecimiento para ancianos pueden ser proporcionados para el cuidado que tu hayas recibido durante el mes en que tu entraste a ese establecimiento así como por el cuidado subsecuente.
- **Necesidad de cuidado y atención:** Cuando tu vives en un establecimiento para ancianos, tu deberás ser aprobado por el Iowa Foundation for Medical Care de que estas necesitando del cuidado proporcionado por el establecimiento para ancianos. Informar al establecimiento para ancianos cuando tu solicites Medicaid,

y ellos podrán obtener aprobación para tu cuidado. Sin esta aprobación, los pagos de Medicaid no podrán hacerse a este establecimiento.

- **Participación del Cliente:** Esto se refiere a la cantidad de tu ingreso que tu deberás pagar al establecimiento médico al principio de cada mes por tu cuidado durante el tiempo en que tu estés viviendo en este establecimiento. Medicaid paga la diferencia entre tu "participación del cliente" mensual y el costo aprobado de Medicaid para tu cuidado en ese establecimiento. Ciertas deducciones de tu ingreso son permitidas al determinar la participación del cliente. Por favor ver el folleto "Medicaid Information for People in Nursing Homes and Other Facilities" para mayor información (disponible de tu trabajadora DHS).

- **Otros:** Por favor ver el folleto arriba mencionado para una mayor, completa y detallada lista de requisitos para residentes de un establecimiento médico. También ver el folleto "Protection of Income and Resources" el cual explica como Medicaid puede ayudar cuando un cónyuge entra a un establecimiento médico. Pídele a la trabajadora DHS por una copia.

RECIBIENDO

ATENCIÓN Y CUIDADO MÉDICO

¿COMO PUEDO YO OBTENER ATENCIÓN Y CUIDADO MÉDICO?

Cada mes, siempre y cuando tu continúes calificando para Medicaid, tu podrás recibir una "Medical Assistance Eligibility Card". La tarjeta es buena solamente por el mes indicado en ella. Lleva contigo esta tarjeta y siempre muéstrala a tu proveedor médico cada vez que tu pides servicio. Si tu pierdes tu tarjeta, contacta tu oficina DHS en tu condado para un repuesto. Tu tarjeta no puede ser utilizada por otra persona que no sea la persona cuyo nombre aparece en la tarjeta.

¿PUEDO YO ESCOGER MI PROVEEDOR MÉDICO?

Tu generalmente tiene libre decisión para escoger tu doctor, dentista, hospital, farmacia, etc. que proporciona tus servicios médicos. Sin embargo, el servicio que tu recibes no será pagado por Medicaid. Para evitar cualquier mal entendido, tu deberá siempre mostrar tu tarjeta de elegibilidad de asistencia médica y asegurarte que tu proveedor entienda de que tu eres recipiente de Medicaid antes de que el servicio sea proporcionado. Si tu proveedor de servicio no participa en el programa de Medicaid y tu recibes servicio de dicho proveedor, te pueden cobrar a ti.

Si tu o alguien mas en tu hogar necesita servicios de salud mental o tratamiento de abuso de substancia y son elegibles para Medicaid y menores de la edad de 65 años, se te puede requerir para recibir estos servicios a través del Mental Health Access Plan (MHAP) o Managed Substance Abuse Treatment Plan (IMSACP). Revisa tu tarjeta reciente de Medicaid medical. Si a ti se te requiere recibir servicio de salud mental a través de MHAP o atención de abuso de substancia a través de IMSACP, habrá una

anotación en la tarjeta incluyendo un número de teléfono gratuito (toll-free) que tu deberá llamar para información o referencia. Si tu no tienes esta anotación en tu tarjeta de Medicaid medical tu no estas inscrito con el MHAP o el IMSACP y tu puedes escoger tu propio proveedor para estos servicios.

¿CUANDO COMIENZA LA COBERTURA?

La cobertura de Medicaid puede comenzar en el primer día del mes en que la oficina DHS del condado reciba tu solicitud (exceptuando el programa QMB, el cual empieza el primer día del mes después de que DHS determina si tu calificas). Si tu necesitas asistencia con cuentas médicas antes de esta fecha, tu puedes calificar para los tres meses antes de que tu solicites Medicaid (exceptuando por el programa QMB). Asegúrate de hablar esto con tu trabajadora DHS cuando hagas tu solicitud.

EJEMPLOS

El Sr. A solicita para Medicaid en Abril 25. El no tiene cuentas médicas pendientes de pagar de tres meses atrás antes de hacer su solicitud a Medicaid (Enero, Febrero y Marzo). En Mayo 12, la oficina del Condado DHS determina que el Sr. A califica para Medicaid. La cobertura empieza de Abril 1. Si el Sr. A tiene cuentas médicas pendientes sin pagar en Enero, Febrero o Marzo, el puede pedir a la trabajadora que determine si el es elegible para esos meses.

La Sra. B solicita para el programa QMB Medicaid en Junio 20. En Julio 5, DHS determina que la Sra. B. califica para Medicaid bajo el programa QMB. La cobertura empieza en Agosto 1.

¿CUALES SERVICIOS MÉDICOS ESTÁN CUBIERTOS?

Los diferentes tipos de servicios disponibles a través de Medicaid están cubiertos solamente si son medicamente necesarios. Una lista detallada y explicaciones de los servicios cubiertos y los no cubiertos por Medicaid están incluidos en el folleto "Your Guide to Medicaid" (disponible de tu trabajadora DHS).

Si tu eres elegible solamente para QMB, Medicaid solamente pagara por las primas Medicare, deducibles y co-seguro para servicios cubiertos por Medicaid.

Si tu eres elegible solamente para SLMB, Medicaid pagará solamente las primas de Medicare Part B.

SOLICITUD

¿COMO Y DONDE HAGO MI SOLICITUD?

Cuando se inicia el proceso de solicitud, tu puedes contactar a la oficina de Social Security o a la oficina DHS en tu condado para determinar si tu ingreso está dentro del límite SSI.

Si tu estas viviendo en casa y tu ingreso y tus recursos están dentro de los limites SSI:

Solicitar para SSI en las oficinas en el distrito de Social Security. Tu estás también solicitando para Medicaid al mismo tiempo.

La oficina de Social Security determinará si tu calificas para recibir asistencia en dinero en efectivo mensualmente bajo el programa SSI. Si tu calificas, tu puedes también ser elegible para Medicaid.

La oficina DHS en tu condado pedirá información adicional de ti para el programa Medicaid una vez que tu solicitud para el programa SSI haya sido aprobado.

Tu deberás solicitar en la oficina DHS en tu condado si tu quieres solamente cobertura de Medicaid y tu no quieres la asistencia de dinero en efectivo de SSI o tu crees que tu no calificas para SSI.

Si tu estás viviendo en casa y tus ingresos o recursos pasan el limite de SSI:

Solicita en la oficina DHS en tu condado donde tu vives.

Si tu estas viviendo en un establecimiento médico:

Solicita en la oficina DHS en tu condado donde el establecimiento médico este localizado

PAGOS

¿DEBO YO PAGAR ALGO POR MI CUIDADO Y ATENCIÓN MÉDICA?

Se te requerirá que tu compartes algo de los costos de los servicios que tu hayas recibido. A esto se le llama co-pago. Las personas que están en establecimientos para ancianos no participan en este co-pago. Si el co-pago es aplicado a los servicios que tu estés recibiendo, el proveedor médico te podrá decir la cantidad que tu deberás pagar. Ver el folleto "Your Guide to Medicaid" para mayor información sobre co-pagos.

Exceptuando el co-pago, a todos los proveedores Medicaid se les requiere que acepten pagos de Medicaid en

total por los servicios cubiertos por Medicaid. Ningún costo adicional te será cobrado. Si tu recibes una cuenta, otra que no sea el co-pago, o si se te rehúsa atención médica debido a que exista otra cuenta que no haya sido pagada por Medicaid, tu deberás llamar al proveedor médico o a la oficina central de DHS (gratis) al **1-800-532-1215**. Este número es solamente para problemas que tu puedas tener relacionados con una cuenta médica.

¿COMO SE HACEN LOS PAGOS?

DHS envía un cheque al proveedor Medicaid por servicios recibidos por ti que estén cubiertos por Medicaid. Cuando un cuidado o atención médica necesaria no sea disponible en tu comunidad, se te dará un reembolso por gastos de transportación al proveedor mas cercano si tu verificas con tu trabajadora DHS antes de viajar. Tu deberás registrar una demanda con la oficina DHS en tu condado para recibir este reembolso.

¿AUN PUEDO YO CALIFICAR SI YO TENGO SEGURO MÉDICO?

El hecho de que tu tengas otra cobertura médica no afecta su elegibilidad para Medicaid. Sin embargo, es tu responsabilidad el mantener informada a tu trabajadora DHS y a las oficinas de DHS en tu condado de cualquier cobertura de seguro médico que tu tenga. Tu también deberá

contactar a la oficina en tu condado dentro de 10 días si tu cambias compañías de seguro, o si hay cambios en lo que cubre tu póliza de seguro. Esto incluye cualquier seguro médico que tu tengas o por cualquier otra persona a parte de ti que provee cobertura para ti. Es más, si tu tienes seguro médico disponible para ti, el Departamento puede pagar las primas bajo el programa de Health Insurance Premium Payment (HIPP).

Si tu tienes seguro médico o de accidentes, tu y el proveedor (doctor, hospital, etc.) están obligados a cobrar cualquier pago por liquidación de un seguro y aplicar esto a tus costos médicos. Medicaid pagará solamente por la parte de tus gastos médicos los cuales no sean cubiertos por tu seguro.

¿QUE SUCEDE SI YO RECIBO UNA LIQUIDACIÓN MÉDICA DE OTRA FUENTE?

Es también tu responsabilidad el informar a la oficina DHS en tu condado de cualquier accidente o daño sufrido, si hay la posibilidad de que tu puedas recibir una liquidación en pagos en efectivo debido a un accidente o daño.

Por ley, DHS no necesito tu permiso para recuperar pagos médicos hechos a tu nombre. DHS puede hacer una demanda en contra de cualquier persona o compañía que pueda ser responsable de pagar los costos de tus gastos médicos. Si tu o tu abogado lo piden, DHS puede proporcionar documentos o formas para demandas describiendo los servicios médicos que hayan sido pagados por ti. Estos documentos también pueden ser proporcionados a una tercera parte cuando sea necesario el establecer el alcance de la

demanda de DHS.

Si tu recibes un pago directo de otra fuente para gastos médicos que ya fueron cobrados a Medicaid, tu deberás reembolsar este pago a DHS. Fallar en hacer esto, o fallar en cooperar en establecer a otras personas o compañías responsables de tus gastos, puede resultar en la terminación de tu cobertura médica.

¿Y SI YO SOY UN BENEFICIARIO DE MEDICARE?

Si tu tienes cobertura de Medicare y también eres elegible para Medicaid, el deducible de Medicare y el co-seguro serán también pagados a través del programa de Medicaid. En la mayoría de los casos, DHS también paga al Social Security Administration directamente por las primas de tu Medicare Part A y Part B.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

¿CUALES SON MIS DERECHOS COMO SOLICITANTE O COMO CLIENTE?

Apelaciones y Audiencias: Si tu no estás satisfecho con las acciones o la carencia de acción por parte de DHS, tu deberás hablar este asunto con tu trabajadora DHS. Si no se puede llegar a un acuerdo satisfactorio, tu tienes el derecho de registrar una apelación y pedir una audiencia. Si una es otorgada, la audiencia será una junta informal ante un Juez Administrador de Ley (Administrative Law Judge) del Department of Inspections and Appeals en la cual tu puedes presentar tu queja. Todos los hechos serán

revisados para ver si la decision fue correcta o si deberá ser cambiada.

Tu deberás registrar una apelación, pidiendo una audiencia, por **escrito** a la oficina de DHS en tu condado o **escribiendo** a:

**Appeals Section, Bureau of Policy
Analysis
Department of Human Services
Hoover State Office Building
Des Moines, Iowa 50319-0114**

Registrando una apelación en 30 días de la fecha del "Notice of Decision" que tu hayas sentido que no estaba correcta puede proteger tus derechos para una audiencia. **Platicas con tu trabajadora o cualquier otro empleado de DHS no extiende el tiempo limite.**

Registrando una apelación antes de la fecha efectiva en el "Notice of Decision" que tu sientes no sea correcta puede permitir que tus beneficios incluyendo Medicaid, continuar hasta que la apelación haya sido escuchada o decidida.

POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

Ninguna persona podrá ser discriminada debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad, incapacidad mental o física, credo, religión, o creencias políticas cuando soliciten para o reciban beneficios o servicios del Iowa Department of Human Services, o cualquiera de sus agentes, proveedores de servicios o contratistas.

Si tu tienes razón de creer que tu has sido objeto de discriminación debido a cualquier

de las razones expuestas anteriormente, tu puedes registrar una queja con el Iowa Department of Human Services (DHS) al completar la forma de Discrimination Complaint. Cualquier oficina DHS, institución, u cualquier oficina DHS de Equal Opportunity puede darte una forma. Tu también puedes registrar una queja con el Iowa Civil Rights Commission (si tu sientes que has recibido trato diferente DEBIDO a tu raza, credo, color, origen nacional, sexo, religión, o incapacidad; o las oficinas de United States Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights.

IOWA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
Office of Equal Opportunity
Hoover State Office Building
Des Moines, Iowa 50319-0114

IOWA CIVIL RIGHTS COMMISSION
211 East Maple Street, 2nd Floor
Des Moines, Iowa 50309-1858

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND
HUMAN SERVICES
Office for Civil Rights Region VII
601 East 12th Street, Room 248
Kansas City, Missouri 64106

La traducción de esta publicación ha sido posible gracias al financiamiento de The Older Americans Act a través de Iowa Department of Elder Affairs.

Comm. 127 (Revisado 12/95)



*Printed on
Recycled Paper*