

**SUS DERECHOS Y DEBERES PARA LOS SERVICIOS DE CUIDADO DE SALUD
(MEDICAID, BADGERCARE PLUS, FAMILY PLANNING ONLY) / FOODSHARE**
Your Rights and Responsibilities for Health Care
(MEDICAID, BADGERCARE PLUS, FAMILY PLANNING ONLY) / FoodShare

USTED TIENE DERECHO A UNA NOTIFICACION ESCRITA por parte de esta agencia antes de que se tome cualquier acción de terminar o reducir sus beneficios de cuidado de salud (Medicaid, BadgerCare Plus, Family Planning Only Services) o FoodShare. Para la mayoría de las acciones, usted recibirá una carta por lo menos 10 días antes de que se tome una medida.

USTED PUEDE SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL PARA LOS BENEFICIOS DE CUIDADO DE SALUD O FOODSHARE si usted no está de acuerdo con cualquier medida tomada por la agencia. Usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito o en persona con la agencia indicada en el frente de esta notificación. Para FoodShare, su agencia puede recibir su solicitud verbalmente. También, usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito con el Department of Administration, Division of Hearings and Appeals, PO Box 7875, Madison, WI 53707-7875 o llamar al 608-266-7790. Su solicitud se tiene que recibir: (1) dentro de 45 días a partir de la fecha en vigencia de la acción tomada para cuidado de salud, (2) dentro de 90 días a partir de la fecha en vigencia de la agencia para FoodShare o en cualquier momento mientras reciba los beneficios de FoodShare, si usted no está de acuerdo con la cantidad de sus beneficios.

En la mayoría de los casos, si su solicitud para una audiencia imparcial es recibida por la Division of Hearings and Appeals antes de la fecha en vigencia de la acción, sus beneficios de cuidado de salud y/o FoodShare no terminarán o serán reducidos. Sus beneficios continuarán, por lo menos, hasta que la decisión sobre su apelación sea hecha. Durante este tiempo, si ocurre otro cambio no relacionado, sus beneficios de cuidado de salud o FoodShare podrían cambiar. Si ocurre otro cambio, usted recibirá una nueva carta. Si usted no está satisfecho con la decisión de la audiencia imparcial, puede apelar y solicitar una segunda audiencia imparcial. Si la decisión termina o reduce sus beneficios, quizás tenga que pagar cualquier beneficio que haya recibido mientras su apelación estaba pendiente. Usted puede pedir no recibir beneficios continuos.

USTED PUEDE REPRESENTARSE A SÍ MISMO O SER REPRESENTADO por un abogado, amigo o cualquier otra persona que usted escoja en la audiencia o conferencia. No podemos pagar por su abogado. Sin embargo, servicios legales pueden estar disponibles para usted si califica.

Si usted o su representante no se presentan a la audiencia sin causa justificada, su apelación se considerará abandonada y será descartada.

SI USTED RECIBE BENEFICIOS DE CUIDADO DE SALUD, tiene que cooperar con la agencia de sustento de menores (child support agency) a menos que usted tenga una razón justificada. Su trabajador le puede proveer más información sobre la cooperación de sustento de menores. Incluso si usted no es elegible para inscribirse en un programa de cuidado de salud, hay ayuda disponible para obtener o aumentar sus pagos de sustento de menores. Comuníquese con la agencia de sustento de menores de su condado para más información.

REVISIÓN COMPUTARIZADA: Si usted trabaja, los salarios que usted reporte serán revisados por computadora con los salarios que su empleador reporta al Department of Workforce Development. El Internal Revenue Service, Social Security Administration, Unemployment Insurance Division, y el Department of Transportation pueden también ser contactados para obtener información sobre los ingresos y los activos que usted pueda tener.

SI ESTÁ INSCRITO EN UN PROGRAMA DE CUIDADO DE SALUD, cada vez que vaya a un proveedor de BadgerCare Plus o Medicaid, se le puede pedir ver su tarjeta de ForwardHealth. Para algunos servicios, tal vez tenga que pagarle un co-pago al proveedor. La cantidad dependerá del tipo y costo del servicio. Su proveedor le debe indicar si se requiere un co-pago o si un servicio específico no está cubierto por su plan de cuidado de salud. Si tiene preguntas sobre su plan de cuidado de salud, llame al Servicios para Miembros al 800-362-3002.

SI USTED RECIBE BENEFICIOS O SERVICIOS, usted tiene que seguir estas reglas:

- **NO** dé información falsa o esconda información para recibir o continuar recibiendo beneficios.
- **NO** intercambie o venda los beneficios de FoodShare (tarjeta Quest) o las tarjetas de ForwardHealth.
- **NO** altere tarjetas para obtener beneficios que usted no está autorizado a recibir.
- **NO** use sus beneficios de FoodShare para comprar artículos no permitidos, como alcohol o tabaco.
- **NO** use la tarjeta Quest o la tarjeta de ForwardHealth de otra persona.

ADVERTENCIA SOBRE LAS SANCIONES DE FOODSHARE

Cualquier miembro de su hogar que intencionalmente rompa cualquiera de las reglas siguientes puede prohibírsele recibir los beneficios de FoodShare por 12 meses después de la primera infracción, 24 meses después de la segunda infracción o por la primera infracción que tenga que ver con una sustancia controlada, y permanentemente después de la tercera infracción.

- Dar información falsa o esconder información para recibir o continuar recibiendo beneficios.
- Intercambiar o vender los beneficios de FoodShare
- Usar los beneficios de FoodShare para comprar artículos no comestibles, como alcohol o tabaco.
- Usar los beneficios, tarjetas de identificación u otra documentación de otra persona.

Según el valor de los beneficios utilizados indebidamente, usted también puede recibir una multa de hasta \$250,000, ser encarcelado por hasta 20 años, o ambas cosas. Un tribunal también puede prohibirle participar en el programa FoodShare de Wisconsin por unos 18 meses adicionales. Usted también será descalificado permanentemente si se le declara culpable de traficar los beneficios de FoodShare por un valor de \$500 o más. Usted no podrá participar en el programa FoodShare de Wisconsin por 10 años si se descubre que ha hecho una declaración o representación fraudulenta con respecto a identidad y residencia a fin de recibir beneficios múltiples al mismo tiempo. Delincuentes prófugos o transgresores de la libertad condicional/provisional no pueden participar en el programa FoodShare de Wisconsin. Usted también puede estar sujeto a otras acciones judiciales bajo otras leyes federales aplicables.

Si usted intercambia (compra o vende) los beneficios de FoodShare por una sustancia controlada/drogas ilegales se le prohibirá participar en el programa FoodShare por un período de 2 años después de la primera infracción y permanentemente después de la segunda infracción. Si usted intercambia (compra o vende) los beneficios de FoodShare por armas de fuego, municiones o explosivos se le prohibirá participar en el programa FoodShare de Wisconsin permanentemente.

RE: Federal Regulations	7 CFR 273, 42 CFR 431, 42 CFR 433, 42 CFR 435
Wisconsin Statutes	49.22, 49.45, 49.49, 49.95

Declaración de no discriminación conjunta del USDA

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: [SNAP Hotline](#)

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.