



KFUPMOMEX RBDWNKSKG  
34 Yfad St,56 MDDJ st  
Pawtucket, RI 02860



**Cómo contactarnos**

Visite el sitio web: <https://healthyrhode.ri.gov>

Para preguntas sobre seguros médicos asequibles, llame a HealthSource RI al 1-855-840-4774.

Para preguntas sobre seguros médicos asequibles o programas de servicios humanos, llame al Departamento de Servicios Humanos al 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

## AVISO DE DECISIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

Este aviso le informa sobre los beneficios del programa de salud y servicios humanos. Esta página le informa nuestra decisión sobre sus beneficios. Encontrará más detalles en las páginas siguientes. Si tiene alguna pregunta, por favor contáctenos.

### RESUMEN DE BENEFICIOS

Programa	Decisión
Seguro médico	Se renovará su cobertura médica.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una audiencia de apelación. Hallará más información sobre el proceso de apelación al final de este aviso.

### Ver su cuenta en línea O con la app móvil

La información acerca de sus beneficios está también disponible en su cuenta, en <https://healthyrhode.ri.gov/> o instale la app móvil HealthyRhode en su Smartphone.

Puede acceder a esta cuenta utilizando el nombre de usuario [REDACTED]. Si no recuerda la contraseña, la puede restablecer haciendo clic en "INICIAR SESIÓN" y luego en "¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?", en <https://healthyrhode.ri.gov/>. A través de su cuenta, usted puede solicitar o renovar beneficios, e informar de cambios.



## Detalles Sobre los Beneficios de Su Cobertura de Salud

Con base en la información que usted o una fuente externa nos proporcionó, hicimos un cambio en su elegibilidad para cobertura de seguro médico, que entrará en vigor el 05/13/2023. Vea los detalles a continuación.

<b>Nombre de la persona:</b>	[REDACTED]	<b>Fecha de nacimiento:</b>	[REDACTED]
------------------------------	------------	-----------------------------	------------

<b>Período o fechas de vigencia</b>	<b>Tipo de asistencia o cobertura</b>	<b>Decisión e información adicional</b>
06/01/2023 a 05/31/2024	Low income for aged and disabled	Approved

### Información sobre su identificación de Medicaid:

Su identificación de Medicaid es un número de identificación único que se le ha asignado y que puede ver en la tarjeta Medicaid blanca del ancla o en su cuenta en línea. Cada miembro elegible de su hogar recibirá una de estas tarjetas de Medicaid. Enseñe la tarjeta y cualquier otra tarjeta de seguro médico que tenga a los proveedores de servicios médicos cuando le atiendan. La tarjeta de Medicaid blanca que tiene el ancla es un medio permanente de identificación de elegibilidad para el programa de Medicaid. Manténgala en un lugar seguro.

### Más Detalles de:

[REDACTED]

#### Medicaid: Renovación anual

Por favor vea a continuación las fechas de renovación de la elegibilidad de los miembros de su hogar:

<b>Nombre de la persona</b>	<b>Fecha de renovación</b>
[REDACTED]	05/31/2024

La elegibilidad se renueva anualmente. Nos comunicaremos con usted acerca de la elegibilidad de los miembros de su hogar con por lo menos 60 días de antelación a la fecha de renovación anual.

### Inscribirse en un Plan de Seguro Médico Medicaid:

#### 1. Plazo para la inscripción

Si aún no ha elegido un plan de seguro médico Medicaid, tiene 19 días a partir de la fecha de inicio de su elegibilidad para hacerlo.

#### 2. ¿Cómo se elige un plan de seguro médico?



Si no ha elegido un plan de seguro médico Medicaid, por favor inicie sesión en su cuenta de HealthSource RI y vaya a su dashboard para proceder con los siguientes pasos, o llame al 1-855-840-4774 para elegir el plan.

Al elegir el plan de seguro médico, deberá proporcionar los nombres de sus proveedores actuales, para verificar que aceptan el plan de seguro médico que usted está eligiendo.

**3. ¿Necesita ayuda para elegir el plan?**

Si necesita ayuda para elegir el plan de seguro médico, puede comunicarse con un Asesor en Opciones al 1-855-840-4774. Si no elige un plan en el término de 19 días, ya no podrá elegirlo y lo elegiremos por usted.

**4. Díganos quién es su médico de atención primaria**

Después de elegir el plan de seguro médico, deberá elegir un proveedor de atención médica primaria. Si no elige uno al momento, lo elegiremos por usted.

**5. Después de elegir un plan de seguro médico**

Usted recibirá el Paquete de Bienvenida y tarjetas de identificación de su nuevo plan de seguro médico. Si necesita obtener servicios antes de recibir las tarjetas de identificación del plan, por favor use la tarjeta de Medicaid que tiene el ancla. Podrá usar esa tarjeta de Medicaid hasta que inicie la cobertura de su plan de seguro médico.

**6. Maneras de elegir el plan:**

Puede elegir un plan e inscribirse en él

**En línea.** Visite <https://healthyrhode.ri.gov>

**Por teléfono.** Llame al 1-855-840-4774

**Si tiene alguna pregunta sobre esta información, sírvase comunicarse con nosotros al número de teléfono que aparece en la primera página de este aviso.**

En la última página del aviso hallará información acerca de su derecho a solicitar una audiencia.



### Requisitos de notificación de cambios

El mercado de beneficios de salud de Rhode Island exige que usted notifique los cambios que pueden afectar su elegibilidad e inscripción o la de algún miembro de su grupo familiar. Debe notificar cualquier cambio en sus circunstancias o las de un miembro de su grupo familiar dentro de un plazo de 10 días, a saber:

- dirección residencial;
- dirección de correo postal;
- ingresos;
- estado civil;
- personas que se muden a su hogar, o se vayan del mismo, o cambios en las personas que figuran en su declaración de impuestos;
- embarazo de una integrante del grupo familiar;
- encarcelamiento o traslado a una institución;
- acceso a otra cobertura de seguro de salud, incluida la elegibilidad para Medicare o el acceso a un seguro de salud a través de su empleador o a través del empleador de otro integrante del grupo familiar;
- condición de inmigración o ciudadanía;
- nacimiento, adopción, asignación para adopción, matrimonio, divorcio o defunción;
- condición de declaración de impuestos federales sobre la renta; o
- cantidad de dependientes que figuran en su declaración de impuestos federales sobre la renta.



Usted tiene el DERECHO de que se le trate sin discriminación. De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que administran o participan en programas del USDA, discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, religión, sexo, identidad de género (incluyendo expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar o parental, creencias políticas o ingresos derivados de programas de beneficencia pública, o en represalia por actividades pasadas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el USDA (no todos los motivos de discriminación son pertinentes a todos los programas). Las fechas límite para presentar recursos legales o quejas varían según el programa e incidente.

Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación (por ej., braille, letra grande, cintas de audio o lenguaje de señas americano) para información de los programas, deben comunicarse con la agencia correspondiente o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (buzón de voz y teléfono de texto/TTY), o comunicarse con el USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, se puede proporcionar información de los programas en otros idiomas aparte del inglés. Para presentar una queja de discriminación de un programa, llene el Formulario de Queja de Discriminación de Programa del USDA (formulario AD-3027), disponible en línea en

[https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf) y en cualquier oficina del USDA, o envíe una carta al USDA proporcionando en la misma toda la información solicitada en el formulario. El formulario de queja se puede obtener también llamando al (866) 632-9992. Entregue el formulario debidamente llenado o la carta al USDA por (1) correo postal: 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](mailto:program.intake@usda.gov). El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que brinda igualdad de oportunidades.

La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) y el Departamento de Servicios Humanos (DHS) no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, religión, creencias políticas, edad o género en la aceptación o provisión de servicios, empleo o trato, en sus actividades de educación y otras actividades de programas, en cumplimiento del título VI de la ley de derechos civiles de 1964 (sección 2000d y siguientes del título 42 del Código de los Estados Unidos), la sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973 y sus enmiendas (sección 794 del título 29 del Código de los Estados Unidos), la ley de estadounidenses con discapacidades de 1990 (sección 12101 y siguientes del título 42 del Código de los Estados Unidos), el título IX de las enmiendas de educación de 1972 (sección 1681 y siguientes del título 20 del Código de los Estados Unidos), la ley de alimentos y nutrición de 2008 (anteriormente, ley de cupones para alimentos) y la ley sobre la discriminación por edad de 1975, y las regulaciones de implementación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (partes 80 y 84 del título 45 del Código Federal de Regulaciones), del Departamento de Educación de EE. UU. (partes 104 y 106 del título 34 del Código Federal de Regulaciones) y de los Servicios de Alimentación y Nutrición del Departamento de Agricultura de EE. UU. (sección 272.6 del título 7 del Código Federal de Regulaciones). Conforme a otras disposiciones legales pertinentes, la EOHHS y el DHS tampoco discriminan por motivos de orientación sexual ni expresión o identidad de género. Para obtener más información sobre estas leyes antidiscriminación, regulaciones y procedimientos de queja para la resolución de quejas de discriminación, comuníquese con el DHS en 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. Marque el 711 para usar el sistema de Rhode Island Relay o marque uno de estos números de llamada gratuita: 1-800-745-5555 (TTY) o 1-800-745-6575 (buzón de voz). El funcionario de relaciones con la comunidad es el coordinador de la implementación del título VI; el administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) o su designado es el coordinador de la implementación de la sección 504 del título IX y ADA; el director del DHS o su designado tiene la responsabilidad general de velar por el cumplimiento de los derechos civiles en todos los programas de la agencia; el secretario de la EOHHS tiene la responsabilidad de atender los asuntos de discriminación relacionados con Medicaid; y cualquier queja de este tipo será remitida debidamente.

## DERECHOS

### Información sobre su cobertura y sus derechos:

**Usted puede tener el DERECHO** de apelar y tener una Audiencia Administrativa Imparcial si no está de acuerdo con alguna de nuestras decisiones. Puede:

1. **Llamarnos para discutir una decisión concerniente a sus beneficios.** Comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece en la parte superior de la primera página de este aviso. Cuando llame, no olvide tener a mano este aviso y el número del caso o de identificación.
2. **Apelar en una Audiencia Administrativa Imparcial.** Una apelación es una solicitud formal de que se convoque una audiencia administrativa para revisar una decisión. Por favor continúe leyendo para más información.

### ¿Qué es una audiencia imparcial?

Una audiencia imparcial es la oportunidad de decirle a un funcionario de audiencias administrativas por qué usted está en desacuerdo con una decisión de la agencia acerca de su elegibilidad, sus beneficios o sus



costos. En la audiencia también participa un representante de la agencia para explicar las razones por las cuales la agencia tomó esa decisión. El funcionario administrativo tiene la obligación legal de estudiar objetiva e imparcialmente los hechos del caso expuestos por ambas partes.

### Plazos tope para la presentación de apelaciones y solicitudes de audiencia administrativa

El cuadro de abajo señala los plazos tope para presentar las apelaciones según cada programa. En algunos programas, usted puede continuar recibiendo los beneficios o servicios hasta que se tome una decisión en la audiencia, si presenta la apelación dentro del plazo tope indicado en el cuadro. Si no la presenta en dicho plazo, podría perder su derecho a apelar. Después de que usted presente la apelación, fijaremos la fecha para la audiencia y emitiremos una decisión en los 90 o 60 días siguientes, si la audiencia se relaciona con beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). En el caso de apelaciones correspondientes a HealthSource RI, la decisión se emitirá en los 90 días siguientes a la fecha de recepción de la solicitud de apelación, si es factible administrativamente.

Programa	Debe presentar la apelación en los:	¿Seguirá recibiendo los beneficios (“asistencia pendiente”) si apela en los 10 días siguientes al aviso?
Medicaid	30 días siguientes a la fecha del aviso + 5 días para envío postal	Sí, continuará recibiendo los beneficios automáticamente a menos que usted nos indique lo contrario.
SNAP	90 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Sí, continuará recibiendo los beneficios automáticamente a menos que usted nos indique lo contrario.
CCAP	30 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Podría recibir menos beneficios hasta que se llegue a una decisión en la audiencia.
GPA	10 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Sí, pero debe hacer la solicitud por escrito.
Seguro Médico Comercial	30 días siguientes a la fecha del aviso + 5 días para envío postal	Debe llamar a HealthSource RI en los 30 días siguientes al aviso, para solicitar “asistencia pendiente”.
Todos los demás programas	30 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Sí.

### Apelaciones aceleradas

Tiene derecho a una apelación acelerada si tiene una necesidad inmediata de servicios de salud o beneficios de SNAP y si el hecho de esperar una apelación de tiempo estándar podría poner en peligro seriamente su vida o su salud, o la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la máxima función. Debemos decidir iniciar las apelaciones aceleradas tan pronto como sea posible, dadas las circunstancias. Si rechazamos su solicitud de una apelación acelerada, le informaremos rápidamente y manejaremos su apelación a través de nuestro proceso habitual.

### Su derecho de continuar recibiendo los beneficios mientras espera por una audiencia

Usted puede tener derecho a seguir recibiendo los mismos beneficios mientras espera por una audiencia. Esto se llama "Ayuda Pendiente". Exceptuando en el caso de seguros médicos comerciales obtenidos a través de HealthSource RI, si usted apela dentro de un plazo de 10 días, por lo general obtendrá “Ayuda Pendiente” automáticamente. A menos que usted demuestre lo contrario, asumiremos que recibió el aviso 5 días después de la fecha en el aviso de Medicaid o HealthSource RI.

Si tiene Medicaid y recibe asistencia pendiente, y luego pierde la apelación, el Estado podría cobrarle sus costos por brindarle los beneficios o servicios durante el período de asistencia pendiente. En el caso de HealthSource RI, la asistencia pendiente está disponible solamente si se apela una redeterminación de



elegibilidad en los 30 días siguientes a la fecha de la solicitud de apelación, y dicha solicitud se hace por vía telefónica a HealthSource RI al 1-855-840-HSRI (4774). Si usted recibe créditos tributarios para ayudar a pagar sus primas y recibe asistencia pendiente, y luego pierde la apelación, podría deber más dinero en su pago de impuestos federales del siguiente año. Si paga primas mensuales, aún podría tener que pagarlas durante el período de asistencia pendiente.

Si recibe beneficios de SNAP, RIW o GPA y también recibe la Ayuda Pendiente, y luego pierde su apelación, puede que tenga que pagar los beneficios que recibió, pero a los que no tuvo derecho, durante este período.

### **Derecho a representarse a sí mismo y derecho a ser representado**

Usted tiene derecho a representarse a sí mismo en la audiencia, o ser representado por cualquier persona que usted elija, incluyendo un fiscal, abogado, amigo o pariente.

Se puede obtener asesoramiento legal de Rhode Island Legal Services, Inc. por el número 274-2652 o 1-800-662-5034. Si elige tener representación legal, el representante debe presentar una Notificación de Comparecencia escrita ante la Oficina de Audiencias en la audiencia o antes de ella. La Notificación de Comparecencia actúa como un comunicado de información confidencial que permite que el representante legal tenga acceso al expediente de la Agencia. También es necesario que la Oficina de Audiencias confirme la representación con fines de seguimiento, revisión, solicitud de continuación, etc.

### **La elegibilidad de otros miembros del hogar puede verse afectada**

Nuestra decisión de apelación puede resultar en cambios en la elegibilidad de otro miembro de su hogar.

### **Acceso al expediente de su caso**

Usted tiene derecho a ver el expediente de su caso, incluyendo cualquier evidencia que el Estado usará en su audiencia. Para ver este expediente, llámenos al número 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Si apela una medida tomada por HealthSource RI, puede solicitar una copia de su expediente por el número 1-855-840-HSRI (4774).

### **Resolución informal**

Podemos arreglar su problema rápidamente sin una audiencia. Por favor, llame al número 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) para que podamos revisar su caso de manera informal. Si apela una medida tomada por HealthSource RI, puede comunicarse con HealthSource RI al número 1-855-840-HSRI (4774) para solicitar una revisión informal de su apelación. Nos pondremos en contacto con usted en un esfuerzo para resolver su apelación informalmente. Su derecho a una audiencia no se verá afectado por los esfuerzos para resolver su problema de esta manera.

**Usted tiene DERECHO a la confidencialidad. En virtud de las leyes estatales, todas las agencias que administran los programas incluidos en esta solicitud están regidas por leyes y reglamentaciones estatales y federales que exigen usar la información sobre usted y sobre los demás miembros de su grupo familiar solamente con fines que estén directamente relacionados con la administración de programas y de acuerdo con las normas para la privacidad de información médica de identificación individual de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act). Las restricciones de la HIPAA no nos permiten dar a conocer la información médica sobre usted o sobre algún miembro de su grupo familiar a nadie, incluido un representante no autorizado, a menos que esa persona tenga un poder notarial o que usted haya firmado un formulario de consentimiento para autorizar la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información sobre salud mental, resultados de pruebas de enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, o tratamientos o servicios de dependencia de sustancias químicas.**



Account # [REDACTED]

La EOHHS y el DHS no revelan información sobre usted ni sobre los demás miembros de su grupo familiar sin su consentimiento, excepto en los casos estipulados por las Leyes Generales 40-6-12, 40-6-12.1 y 42-7.2-5(13) de Rhode Island, disposiciones establecidas en el Código Administrativo del DHS y los Códigos de Normas Administrativas de Medicaid. Toda persona que sea considerada culpable de infringir las disposiciones de las Leyes Generales 40-6-12 de Rhode Island habrá incurrido en un delito menor. Quienes incumplan dichas disposiciones estarán sujetos a una multa de un máximo de doscientos dólares (\$200) o un encarcelamiento de hasta seis (6) meses, o ambas cosas.

**Usted tiene DERECHO** a solicitar servicios para la implementación de la manutención a través de la Oficina de Servicios de Manutención de Menores. Si desea obtener una solicitud para estos servicios, visite <http://www.cse.ri.gov/> o diríjase a la Oficina local de Servicios de Manutención de Menores, situada en 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

**Usted tiene DERECHO** a nombrar a un representante autorizado. Un representante autorizado es una persona designada por el jefe de familia, el cónyuge o cualquier otro miembro responsable del grupo familiar, para actuar en representación del grupo familiar al solicitar beneficios de programas o al utilizar dichos beneficios. El representante autorizado en cuanto a los beneficios puede o no ser el mismo individuo designado como representante autorizado para el proceso de solicitud o para cumplir con los requisitos de informe. La designación del representante autorizado debe realizarse por escrito.

### **RESPONSABILIDADES**

#### **Información sobre su cobertura y sus responsabilidades:**

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de proporcionar información precisa sobre sus ingresos, recursos y condiciones de alojamiento en esta solicitud.

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de proporcionar los números de Seguro Social (o evidencia de que solicitó alguno) de usted y del resto de los integrantes de su grupo familiar, o de solicitarlos, en caso de que sea necesario, como una condición determinante para la elegibilidad. La recopilación de información mediante la solicitud, así como la información de los números del Seguro Social de todos aquellos miembros de su grupo familiar para los que usted recibe asistencia, está autorizada por la Ley de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Act) de 2008 (anteriormente conocida como "Ley de Cupones de Alimentos" (Food Stamp Act), y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2011-2036, y por la ley federal (45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910). Esta información se utilizará para determinar si su grupo familiar reúne los requisitos de elegibilidad o si sigue reuniéndolos para participar en el SNAP, Medicaid, RIW, Asistencia Pública General (General Public Assistance, GPA), CCAP o el seguro médico comercial con ayuda financiera. El Departamento verificará esta información mediante comparaciones entre datos informáticos con el Departamento de Empleo y Capacitación, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos, el Servicio de Alimentación y Nutrición, y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por la ley, por regulaciones o contratos, y estarán sujetos a verificaciones por parte de funcionarios federales, estatales y locales. La información sobre ingresos y elegibilidad que obtengamos de estas agencias se utilizará para garantizar que su grupo familiar reúna los requisitos para los beneficios del SNAP, GPA, Cuidado Infantil, RIW, Medicaid y seguro médico comercial con ayuda financiera. Esta información también se utilizará para el control del cumplimiento de las regulaciones de programa, para la gestión de los programas y para evitar el fraude y verificar las reclamaciones relacionadas con la atención médica.

Esta información también podrá ser revelada a otras agencias federales y estatales para que se la examine de manera oficial y a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley a fin de facilitar la captura de personas que se encuentren fugitivas para evadir la ley. En el caso de que se interponga una demanda contra su grupo familiar, los datos de esta solicitud, entre ellos los números del Seguro





Social, se enviarán a las agencias federales y estatales, como también a las agencias privadas para el cobro de las demandas. La acción de proporcionar la información solicitada es voluntaria. Sin embargo, se denegarán los beneficios a todas aquellas personas quienes no proporcionen un número del Seguro Social. Todos los números del Seguro Social que nos proporcione se utilizarán y revelarán de la misma manera que los números del Seguro Social de aquellos miembros del grupo familiar que reúnan los requisitos.

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de cooperar con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores si recibe beneficios de Empleos en Rhode Island, Asistencia para el Cuidado Infantil o Medicaid. Debe colaborar para que se establezca, se modifique o se cumpla la manutención de menores para los niños que tiene a cargo, además de determinar la paternidad (de ser necesario). Si puede demostrar que existen motivos suficientes para creer que colaborar con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores lo pone a usted, o bien pone a sus hijos o a los menores que tiene a su cargo, en riesgo de daños causados por el padre que no tiene la custodia, usted puede alegar motivo suficiente para no cooperar.

**PROGRAMA DE EMPLEOS EN RHODE ISLAND, MEDICAID, ASISTENCIA PARA EL  
CUIDADO INFANTIL Y ASISTENCIA PÚBLICA GENERAL  
GRAVÁMENES Y CESIÓN DE DERECHOS**

Entiendo que, conforme a lo estipulado en las secciones 40-6-9, 40-6-10 o 40-8-15 de la ley general de Rhode Island, y sin necesidad de firmar ningún documento:

**a.) Con respecto a la asistencia infantil y a la determinación de la paternidad**

Le he cedido todos y cada uno de los derechos que puedo poseer para mí y en representación de mi(s) hijo(s), al Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) y/o a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), en contra de cualquier persona que no nos brinde respaldo, manutención y asistencia médica a mí y a mi(s) hijo(s) menor(es) que recibe(n) asistencia pagada por el DHS/la EOHHS. El DHS/La EOHHS están autorizados a emprender un proceso legal para determinar la paternidad o recaudar manutención tanto para mí como para mi(s) hijo(s), quien(es) recibe(n) o recibió(eron) asistencia del DHS/de la EOHHS. Si deja de recibir dinero en efectivo o los beneficios de Medicaid, debe informar a la Oficina de Servicios de Manutención de Menores sobre todo cambio que afecte la manutención o los servicios médicos. Tales cambios pueden ser, por ejemplo, que su(s) hijo(s) se mude(n) o que cambie el domicilio.

**b.) Con respecto a los montos recuperables de terceros**

He cedido al DHS/a la EOHHS todos y cada uno de mis derechos y los de cualquier persona a la que represento legalmente, con respecto a los montos recuperables de terceros que sean iguales al monto de la asistencia financiera y los beneficios de Medicaid proporcionados como consecuencia de un accidente, una lesión o una enfermedad.

**c.) Con respecto a los montos recuperables de las compensaciones laborales**

El Departamento de Servicios Humanos y/o la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos podrían imponer un gravamen sobre cualquier concesión, orden o acuerdo pendiente, para el que podría tener derecho a recibir conforme a los capítulos 28 y 29 de las disposiciones de la Ley de Compensaciones Laborales (Workers Compensation Act) de Rhode Island y los capítulos 28 a 38 de las leyes generales de Rhode Island. El propósito del gravamen es garantizar que se realice el reembolso al departamento de los pagos de Medicaid y de ayuda financiera que me realizaron a mí o que se realizaron en mi nombre durante el período en el que se efectuó la compensación, la orden o el acuerdo de la compensación laboral.

**d.) Con respecto a los gravámenes sobre el acervo hereditario de beneficiarios fallecidos para el reembolso de Medicaid**

El DHS/La EOHHS podrán aplicar un gravamen sobre el acervo hereditario de un beneficiario de Medicaid que, al momento de fallecer, tenía cincuenta y cinco (55) años o más. **A los fines de esta**



**sección, el término “acervo hereditario” de una persona fallecida incluye toda propiedad personal e inmueble y demás activos incluidos o que puedan incluirse en su acervo hereditario.**

Según la sección 40-8-15 de la R.I.G.L., el monto total de Medicaid que se pague en nombre de un beneficiario de Medicaid que haya tenido cincuenta y cinco (55) años o más al momento de recibir dicha asistencia, se adeudará al estado y constituirá un gravamen sobre el acervo hereditario del beneficiario, a favor del DHS. Sin embargo, el gravamen no tendrá vigencia y no se aplicará al acervo hereditario de un beneficiario al que lo sobrevivan un cónyuge, un hijo menor de veintiún (21) años o un hijo ciego o discapacitado total o parcialmente, como se define en el Título XVI (SSI) de la Ley de Seguro Social (Social Security Act). Los territorios tribales y determinadas propiedades que pertenecen a los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska pueden estar eximidos de la recuperación.

Entiendo que esta solicitud podrá utilizarse como autorización del Departamento de Servicios Humanos para solicitarles a los proveedores médicos información que sea pertinente para mí o cualquier persona que se incluya en esta solicitud, siempre y cuando el caso permanezca abierto. Entiendo y acepto que la oficina del DHS podrá comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias para determinar mi elegibilidad y mi nivel de beneficios.

El DHS podrá utilizar o compartir información sobre esta solicitud para la administración de los programas del DHS, como también la administración de otros programas de asistencia financiados a nivel federal, conforme a las leyes, los contratos y las regulaciones estatales y federales.

EL DHS podrá divulgar información no identificable con fines de investigación. Cualquier tipo de divulgación de información de identificación se realizará conforme a las leyes estatales y federales.

**Si usted tiene necesidades especiales de atención médica**

Es posible que usted y los miembros de su grupo familiar sean elegibles para recibir más servicios a través de Medicaid si algún miembro del grupo familiar tiene necesidades especiales de atención médica.

- Algún miembro de su grupo familiar tiene una discapacidad?
- Algún miembro de su grupo familiar necesita una residencia con cuidados de enfermería u otros servicios de cuidados de largo plazo?
- Algún miembro de su grupo familiar recibe facturas médicas elevadas o frecuentes? Si la respuesta es sí, averigüe si son elegibles por tener necesidades especiales de atención médica. Para obtener más información, llame al (855) 712-9158 o visite [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com)



Date : 05/13/2023

Account Number : [REDACTED]



STATE OF RHODE ISLAND

P.O. BOX 8709

CRANSTON, RI 02920-8787

### DERECHOS DE APELAR

**Usted puede tener el DERECHO** de apelar y tener una Audiencia Administrativa Imparcial si no está de acuerdo con alguna de nuestras decisiones. Puede:

- 1. Llamarnos para discutir una decisión concerniente a sus beneficios.** Comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece en la parte superior de la primera página de este aviso. Cuando llame, no olvide tener a mano este aviso y el número del caso o de identificación.
- 2. Apelar en una Audiencia Administrativa Imparcial.** Una apelación es una solicitud formal de que se convoque una audiencia administrativa para revisar una decisión. Si quiere más información, por favor lea la sección sobre su derecho a tener una Audiencia Administrativa Imparcial.

#### ¿Qué es una audiencia imparcial?

Una audiencia imparcial es la oportunidad de decirle a un funcionario de audiencias administrativas por qué usted está en desacuerdo con una decisión de la agencia acerca de su elegibilidad, sus beneficios o sus costos. En la audiencia también participa un representante de la agencia para explicar las razones por las cuales la agencia tomó esa decisión. El funcionario administrativo tiene la obligación legal de estudiar objetiva e imparcialmente los hechos del caso expuestos por ambas partes.

#### Plazos tope para la presentación de apelaciones y solicitudes de audiencia administrativa

El cuadro de abajo señala los plazos tope para presentar las apelaciones según cada programa. En algunos programas, usted puede continuar recibiendo los beneficios o servicios hasta que se tome una decisión en la audiencia, si presenta la apelación dentro del plazo tope indicado en el cuadro. Si no la presenta en dicho plazo, podría perder su derecho a apelar. Después de que usted presente la apelación, fijaremos la fecha para la audiencia y emitiremos una decisión en los 90 o 60 días siguientes, si la audiencia se relaciona con beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). En el caso de apelaciones correspondientes a HealthSource RI, la decisión se emitirá en los 90 días siguientes a la fecha de recepción de la solicitud de apelación, si es factible administrativamente.

Programa	Debe presentar la apelación en los:	¿Seguirá recibiendo los beneficios (“asistencia pendiente”) si apela en los 10 días siguientes al aviso?
Medicaid	30 días siguientes a la fecha del aviso + 5 días para envío postal	Sí, continuará recibiendo los beneficios automáticamente a menos que usted nos indique lo contrario.
SNAP	90 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Sí, continuará recibiendo los beneficios automáticamente a menos que usted nos indique lo contrario.



CCAP	30 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Podría recibir menos beneficios hasta que se llegue a una decisión en la audiencia.
GPA	10 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Sí, pero debe hacer la solicitud por escrito.
seguro médico comercial	30 días siguientes a la fecha del aviso + 5 días para envío postal	Debe llamar a HealthSource RI en los 30 días siguientes al aviso, para solicitar "asistencia pendiente".
Todos los demás programas	30 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Sí.

### Apelaciones aceleradas

Tiene derecho a una apelación acelerada si tiene una necesidad inmediata de servicios de salud o beneficios de SNAP y si el hecho de esperar una apelación de tiempo estándar podría poner en peligro seriamente su vida o su salud, o la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la máxima función. Debemos decidir iniciar las apelaciones aceleradas tan pronto como sea posible, dadas las circunstancias. Si rechazamos su solicitud de una apelación acelerada, le informaremos rápidamente y manejaremos su apelación a través de nuestro proceso habitual.

### Su derecho de continuar recibiendo los beneficios mientras espera por una audiencia

Usted puede tener derecho a seguir recibiendo los mismos beneficios mientras espera por una audiencia. Esto se llama "Ayuda Pendiente". Exceptuando en el caso de seguros médicos comerciales obtenidos a través de HealthSource RI, si usted apela dentro de un plazo de 10 días, por lo general obtendrá "Ayuda Pendiente" automáticamente. A menos que usted demuestre lo contrario, asumiremos que recibió el aviso 5 días después de la fecha en el aviso de Medicaid o HealthSource RI.

Si tiene Medicaid y recibe asistencia pendiente, y luego pierde la apelación, el Estado podría cobrarle sus costos por brindarle los beneficios o servicios durante el período de asistencia pendiente. En el caso de HealthSource RI, la asistencia pendiente está disponible solamente si se apela una redeterminación de elegibilidad en los 30 días siguientes a la fecha de la solicitud de apelación, y dicha solicitud se hace por vía telefónica a HealthSource RI al 1-855-840-HSRI (4774). Si usted recibe créditos tributarios para ayudar a pagar sus primas y recibe asistencia pendiente, y luego pierde la apelación, podría deber más dinero en su pago de impuestos federales del siguiente año. Si paga primas mensuales, aún podría tener que pagarlas durante el período de asistencia pendiente.

Si recibe beneficios de SNAP, RIW o GPA y también recibe la Ayuda Pendiente, y luego pierde su apelación, puede que tenga que pagar los beneficios que recibió, pero a los que no tuvo derecho, durante este período.

### Derecho a representarse a sí mismo y derecho a ser representado

Usted tiene derecho a representarse a sí mismo en la audiencia, o ser representado por cualquier persona que usted elija, incluyendo un fiscal, abogado, amigo o pariente.

Se puede obtener asesoramiento legal de Rhode Island Legal Services, Inc. por el número 274-2652 o 1-800-662-5034. Si elige tener representación legal, el representante debe presentar una Notificación de Comparecencia escrita ante la Oficina de Audiencias en la audiencia o antes de ella. La Notificación de Comparecencia actúa como un comunicado de información confidencial que permite que el representante legal tenga acceso al expediente de la Agencia. También es necesario que la Oficina de Audiencias confirme la representación con fines de seguimiento, revisión, solicitud de continuación, etc.



Case #: 

**La elegibilidad de otros miembros del hogar puede verse afectada**

Nuestra decisión de apelación puede resultar en cambios en la elegibilidad de otro miembro de su hogar.

**Acceso al expediente de su caso**

Usted tiene derecho a ver el expediente de su caso, incluyendo cualquier evidencia que el Estado usará en su audiencia. Para ver este expediente, llámenos al número 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Si apela una medida tomada por HealthSource RI, puede solicitar una copia de su expediente por el número 1-855-840-HSRI (4774).

**Resolución informal**

Podemos arreglar su problema rápidamente sin una audiencia. Por favor, llame al número 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) para que podamos revisar su caso de manera informal. Si apela una medida tomada por HealthSource RI, puede comunicarse con HealthSource RI al número 1-855-840-HSRI (4774) para solicitar una revisión informal de su apelación. Nos pondremos en contacto con usted en un esfuerzo para resolver su apelación informalmente. Su derecho a una audiencia no se verá afectado por los esfuerzos para resolver su problema de esta manera.



**FORMULARIO DE APELACIÓN****Proceso de solicitud de apelación**

Puede solicitar una apelación de cualquiera de las formas que se indican a continuación. Si envía este formulario, el estado realizará una revisión de su caso para intentar resolver el problema.

- **En línea.** Para presentar una apelación en línea, acceda a su cuenta en <https://healthyrhode.ri.gov> y haga clic en el archivo de una apelación.
- **Por teléfono.** Puede presentar una apelación sobre Medicaid y comercial seguro de saúde a través de HealthSource RI llamando a HealthSource RI al 1-855-840-HSRI (4774). Para realizar preguntas sobre la presentación de apelaciones sobre programas de servicios humanos como SNAP, RIW, Child Care (cuidado infantil), GPA o SSP, llame al Departamento de Servicios Humanos al 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **En persona.** Para en persona visita de asistencia [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) para ver la ubicación de las oficinas.
- **Por correo.** Complete este formulario y envíelo por correo a STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

Nombre (obligatorio): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (obligatorio): \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Dirección (obligatorio): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para hablar, leer o escribir en inglés?  No  Sí:

Si responde sí, ¿cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido (marcar con un círculo): correo electrónico / correo postal

Mi apelación se refiere a: \_\_\_\_\_ RIW \_\_\_\_\_ MEDICAL ASSISTANCE \_\_\_\_\_ GPA  
 \_\_\_\_\_ SNAP \_\_\_\_\_ CHILD CARE \_\_\_\_\_ OTHER



Account #: 

Por favor, explique el motivo de su apelación:

¿Necesita servicios de salud importantes en forma inmediata? En ese caso, ¿quiere presentar una apelación urgente? Sí / No. Si responde sí, explique la razón:

---

---

¿Desea que su cobertura y sus beneficios continúen sin cambios mientras espera una audiencia? Sí / No

Marque este casillero si alguien le ayudará a presentar la apelación o actuará como su representante durante el proceso de apelación. Puede ser un abogado, amigo o familiar. Proporcione la información de contacto de esta persona:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido (marcar con un círculo): correo electrónico / correo postal



Date :05/13/2023

Account # [REDACTED]

PLEASE READ -- THIS COULD SAVE YOU MONEY ON YOUR ELECTRIC BILL

National Grid is offering a special rate to their DHS low income customers that could save you money on your electric bill. THE BILL MUST BE IN YOUR NAME.

To request this discounted electric rate, complete, sign and date the form below and mail to your electric company.

National Grid  
Attn: Customer Service  
PO Box 960  
Northborough, MA 01532-0960

If you have any questions, please contact DHS at 1-855-MY-RI-DHS(1-855-697-4347).

(CUT ON LINE BELOW)

34 Yfad St,56 MDDJ st  
Pawtucket, RI 02860

RHODE ISLAND  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
A-60 ELECTRIC RATE CERTIFICATION FORM

DHS Account #: [REDACTED]

DHS Program: \_\_\_\_\_

Telephone Number (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (If available)

Electric Company Account Number \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Eligible Recipient

\_\_\_\_\_  
Date





Account # 

PLEASE READ -- THIS COULD SAVE YOU MONEY ON YOUR TELEPHONE BILL

LIFELINE ASSISTANCE PROGRAM

Verizon and Cox Communication are offering to DHS low income customers a monthly discount on your telephone bill. THE BILL MUST BE IN YOUR NAME

LINK-UP-AMERICA PROGRAM

To request this discounted telephone rate and/or Lifeline Assistance, complete, sign and date the form below and mail to:

COX Communications, Inc  
Attention: Lifeline Services  
6301 Waterford Blvd. Suite 200  
Oklahoma City, OK 73118  
Fax: 1-877-873-9077


Verizon Lifeline Services  
PO Box 4848  
Trenton, NJ 08650-4848

If you have any questions, please contact DHS at 1-855-MY-RI-DHS(1-855-697-4347).

(CUT ON LINE BELOW)

34 Yfad St,56 MDDJ st  
Pawtucket, RI 02860

RHODE ISLAND  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES  
LIFELINE ASSISTANCE PROGRAM CERTIFICATION FORM

DHS Account # :  DHS Program: \_\_\_\_\_

Telephone Number (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ (If available)

Telephone Service Account Number \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Eligible Recipient

\_\_\_\_\_  
Date



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call . 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អ្ល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347(TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-697-4347 TTY 711

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nà kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Ɖá 1-855-697-4347 (TTY 711)

**Non-Discrimination Notice**

The Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) and the Department of Human Services (DHS) does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, political beliefs, age, religion or gender in acceptance for or provision of services, employment or treatment, in its education and other program activities. Under other provisions of applicable law, EOHHS/DHS does not discriminate on the basis of sexual orientation, gender identity or expression. For further information about these non-discrimination laws, regulations and complaint procedures for resolution of complaints of discrimination, contact DHS at 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, telephone number (401) 462-2971 (for deaf/hearing impaired 1-800-745-6575 voice; TTY 711).

