



RQSLXODE DFWQPJIPC
77 Lgyd St,47 YMTD st
Cranston, RI 02920

Cómo contactarnos

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

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).

Estado de Rhode Island

RENOVACIÓN DE SERVICIOS Y BENEFICIOS A LARGO PLAZO DE MEDICAID

(Elegibilidad para el programa Katie Beckett, servicios de atención en el hogar y en la comunidad para personas mayores y adultos con discapacidades, centros de enfermería y PACE)

Acción requerida: Revisar la información que tenemos en su expediente

Anualmente revisamos su caso para ver si usted todavía es elegible para Medicaid. Determinamos su elegibilidad con base en la información que nos proporciona y constatamos esa información por medio de herramientas de verificación electrónicas. Con la información que nos dio, no hemos podido determinar si usted o un miembro de su hogar siguen siendo elegibles para Medicaid. Para continuar siendo elegibles para Medicaid y no perder la cobertura, por favor lea este formulario detenidamente e indique en el formulario cualquier cambio en la información del beneficiario. Asegúrese de firmar y enviarnos el formulario de renovación llenado.

Nombre del Programa	Nombre	Fecha programada de finalización de los beneficios actuales
Medicaid	RQSLXODE DFWQPJIPC	06/01/2023

Por favor, proporcione los siguientes documentos y un formulario de renovación firmado antes de las fechas indicadas abajo. Si no proporciona los documentos antes de esas fechas, el sistema evaluará y determinará su elegibilidad para opciones de cobertura de seguro médico como corresponda.

Nombre	Necesitamos información sobre:	Información a más tardar el:	Ejemplos de comprobantes aceptables (Por favor, envíenos uno de los siguientes):
RQSLXODE DFWQPJIPC	Unearned Income Payment Verification	05/06/2023	

Este formulario se debe enviar antes del 05/01/2023. Si no recibimos este formulario firmado para esa fecha, su cobertura de elegibilidad de LTSS de Medicaid no se renovará y perderá su cobertura el 05/31/2023.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



¿Qué cambios debe reportar?

- **Ingresos económicos:** Necesitamos conocer cualquier cambio en los ingresos del beneficiario de LTSS, y cualquier dependiente o cónyuge que debemos tomar en cuenta para determinar el monto que se gastará en atención médica o cuidado mensualmente. Si la renovación es para un menor de edad elegible para Katie Beckett, solo necesitaremos saber los ingresos económicos del menor. No es requisito pagar una parte del cuidado.
- **Bienes:** Además, necesitamos saber si los bienes del beneficiario de LTSS aumentan, o si se ha vendido o transferido algún bien perteneciente exclusivamente al beneficiario o de manera mancomunada con el beneficiario.
- **Dirección y arreglo de cohabitación:** Infórmenos si el beneficiario de LTSS se ha mudado o cambiado de dirección; mudado a o de una residencia de vida asistida, hogar de cuidado u hogar grupal; o tiene otro arreglo de vida compartida.
- **Intención de dueño de casa de regresar a su domicilio principal (SOLO PARA RESIDENTES DE HOGARES DE CUIDADO):** Si es dueño de una vivienda que es su domicilio principal, asumimos que es su intención volver a vivir en esa casa cuando pueda. Por favor, actualice la sección 5 de abajo si la casa ha cambiado de dueño o si usted no tiene la intención de volver a vivir ahí.
- **Familia y situación doméstica:** Debemos saber si hay cambios en el hogar del beneficiario como, por ejemplo, si el cónyuge o un dependiente del beneficiario de LTSS fallecieron; si el beneficiario se divorció o volvió a casar; o si se mudó a o de, o vendió una casa NO tomada en cuenta entre los bienes. No es obligatorio proporcionar esta información si quiere renovar la elegibilidad de un menor para Katie Beckett.
- **Situación inmigratoria:** Debe informarnos si la situación inmigratoria de un beneficiario de LTSS no ciudadano o de su patrocinador ha cambiado desde la fecha de la solicitud inicial o fecha de la más reciente renovación.

Cómo reportar cambios y renovar la cobertura de Medicaid

Hay varias maneras de reportar los cambios. Por favor, lea las siguientes instrucciones detenidamente.

- **Envío postal:** Si prefiere responder por correo postal, por favor escriba la información que ha cambiado en la columna de "Información Actualizada" de este aviso. SI NO HAY INFORMACIÓN PREIMPRESA Y USTED ENVIARÁ ESTE FORMULARIO, LLENE LOS ESPACIOS DE "INFORMACIÓN ACTUAL". No olvide firmar y fechar el formulario. Puede enviar el formulario a la dirección de correo postal que aparece en la parte superior de este aviso. Para menores elegibles para Katie Beckett, por favor envíe el formulario a DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **Entrega en oficina del DHS:** Si prefiere entregar el formulario en una oficina del DHS, por favor siga las instrucciones anteriores para envío postal. Puede averiguar las ubicaciones de nuestras oficinas visitando www.dhs.ri.gov o llamando al 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **En línea:** Puede también hacer los cambios a través de su Cuenta de Usuario en <https://healthyrhode.ri.gov>.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Número de cuenta: [REDACTED]

Vea su cuenta en línea

La información sobre sus beneficios también está disponible iniciando sesión en su cuenta en <https://healthyrhode.ri.gov/>.

Puede acceder a su cuenta con el nombre de usuario [REDACTED]. Si olvidó su contraseña, la puede recuperar haciendo clic en "INICIAR SESIÓN" (LOG IN) y luego haciendo clic en "¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?" (Forgot Username/Password?) en <https://healthyrhode.ri.gov/>. A través de su cuenta podrá solicitar o renovar beneficios, y reportar cambios.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Formulario de renovación de LTSS

Instrucciones: Por favor, lea detenidamente este formulario y actualice la información del beneficiario. Asegúrese de firmar y enviarnos el formulario de renovación completo, incluyendo esta hoja, aunque no reporte cambios.

Información de contacto del beneficiario

	Información actual	Información actualizada
Contacto principal y relación con el beneficiario	RQSLSXODE DFWQPJIPC Self	
Dirección de correo postal	[REDACTED] Cranston, RI 02920	
	Información actual	Información actualizada
Domicilio actual del beneficiario de LTSS.	[REDACTED] Cranston, RI 02920	
	Información actual	Información actualizada
Número de teléfono	[REDACTED]	
Correo electrónico	[REDACTED]R@gmail.com	
Nombre del representante autorizado	Información actual	Información actualizada

1. Ingresos:

Desde que el beneficiario envió la solicitud por primera vez o la renovó por última vez, ¿hubo cambios en los ingresos? Necesitamos saber sobre cualquier cambio en los ingresos del beneficiario y los nombres e ingresos de cualquier cónyuge o dependiente que debemos considerar al momento de determinar la cantidad que deben pagar los beneficiarios adultos de LTSS en concepto de costo de cuidado.

Si las casillas está en blanco, proporcione la información requerida.

Si las casillas están preimpresas, tache la información incorrecta y escriba la información correcta en las filas vacías que están abajo. Agregue los nombres e ingresos de cualquier nuevo dependiente.

Envíe pruebas de los montos de ingresos nuevos o corregidos con este formulario.

Nota: Para los niños elegibles para Katie Beckett incluya solo los ingresos del niño.

Marque si NO HAY cambios en los ingresos que informar.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Nombre	SSN (número de seguro social)	Fecha de nacimiento	Relación con el beneficiario de LTSS	Ingresos/tipo
RQSLSXODE DFWQPJIPC	XXX-XX-████	██/██/██	Self	\$ 0.00/ Alien Sponsor Income
RQSLSXODE DFWQPJIPC	XXX-XX-████	██/██/██	Self	\$ 100.00/ Other Unearned

2. Recursos

Desde que el beneficiario de LTSS envió la solicitud por primera vez o la renovó por última vez, ¿hubo cambios en los recursos que el beneficiario posee, incluido cualquier aumento o disminución? Si ha habido cambios en los bienes del beneficiario de LTSS (vendido o transferido bienes), por favor indique los cambios en la sección de "Información Actual". Si el formulario está preimpreso, tache la información incorrecta y escriba la información correcta actualizada en las casillas de la derecha.

NOTA: LOS RECURSOS INCLUYEN DINERO EN EFECTIVO, CUENTAS DE CHEQUES Y CAJAS DE AHORROS, CERTIFICADOS DE DEPÓSITO, ACCIONES, BONOS, CUENTAS ABLE, FONDOS FIDUCIARIOS, TITULARIDAD DE UN NEGOCIO, ETC.

Marque si NO HAY cambios en los recursos que informar.

Nombre del propietario	Tipo(s) de recursos	Información actual	Información actualizada
	Vehículo(s)	-	
	Cuentas de cheques/ cajas de ahorros	-	
	Acciones/bonos	-	
	Certificados de depósito	-	
	Cuentas del mercado monetario	-	
	Titularidad de un negocios	-	
	Anualidades	-	

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Número de cuenta: [REDACTED]

	IRA, 401K, 403B, cuentas Keogh	-	
	Cuentas o contratos de sepelio	-	
	Otros	-	

2a. Fideicomisos

Si el beneficiario de LTSS o alguien que actúa en nombre del beneficiario estableció o transfirió cualquier artículo de valor como una herencia, propiedad, indemnización de un seguro, distribución de la Cuenta de Jubilación Individual (IRA), contrato de sepelio, cartera de valores, fondo fiduciario, plan de anualidad, cuenta de corretaje, acuerdo de seguro o algo similar a un fideicomiso dentro de los últimos sesenta (60) meses, complete las siguientes casillas y envíe pruebas.

Marque si NO HAY actividades de fideicomisos que informar.

Describa el artículo	Fecha de la acción	Valor/monto del artículo que se agregó al fideicomiso

3. Bienes inmuebles, incluido el hogar del beneficiario de LTSS

¿Hubo algún cambio en la participación accionaria del beneficiario en un bien inmueble/propiedad (como una casa o un terreno) desde el momento de la solicitud inicial o última renovación? Complete los espacios vacíos o corrija cualquier información incorrecta en las casillas que están abajo y envíenos los documentos de cambios relativos a ventas, transferencias e ingresos.

NO HAY cambios en bienes inmuebles/propiedades que informar.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Número de cuenta: [REDACTED]

Bienes inmuebles y otras propiedades		
1. Residencia principal	Información actual	Información actualizada
	-	
Cónyuges/dependientes que viven en la casa	Información actual	Información actualizada
	-	
Ingresos de propiedades: alquiler o arrendamiento	Información actual	Información actualizada
	-	
Fecha de venta/transerencia	Información actual	Información actualizada
	-	
2. Otra propiedad/residencia (domicilio)	Información actual	Información actualizada
	-	
Valor del patrimonio: valor sin gravámenes, deudas y préstamos	Información actual	Información actualizada
	-	
Ingresos de propiedades: alquiler o arrendamiento	Información actual	Información actualizada
	-	
Fecha de venta/transerencia	Información actual	Información actualizada
	-	

4. Cobertura de seguro de salud

Complete las casillas vacías o corrija la información preimpresa en ellas en la fila de abajo con información completa y actualizada sobre todas las formas de seguro de salud que le proporcionan cobertura al beneficiario. Incluya planes de salud de empleadores, jubilados y otros planes privados de salud; planes dentales, de visión y otros planes complementarios; y Medicare, Tricare y planes gubernamentales similares.

Por favor, envíenos copias de las caras y dorsos de todas las tarjetas de seguro médico nuevas y válidas de estos planes.

Marque si NO HAY cambios en la cobertura del seguro de salud que informar

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Número de cuenta: [REDACTED]

Seguro de salud	Nombre del titular de la póliza	Número da póliza	Prima mensual

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Sección 5: SOLO PARA RESIDENTES DE CENTROS DE ENFERMERÍA

INTENCIÓN DE REGRESO A LA RESIDENCIA PRINCIPAL

Completar ÚNICAMENTE si reside actualmente en un centro de enfermería y es propietario de una casa.

Yo, _____, certifico por la presente que soy propietario del bien
(Nombre del solicitante/beneficiario)
inmueble ubicado en _____
(Nombre de la calle) (Ciudad) (Estado y código postal)

Además, certifico que este bien inmueble es mi residencia principal.

Soy propietario de los bienes inmuebles enumerados arriba: (Marque una opción)

- Solo
- Conjuntamente
- Arrendatarios en común
- Dominio vitalicio

Comprendo y acepto que es mi responsabilidad informar al DHS (en el plazo de diez [10] días) de cualquier cambio en la titularidad de este inmueble. También acepto informar al DHS sobre cualquier cambio en mi intención de regresar a vivir en el inmueble enumerado anteriormente. Por lo tanto, estoy reportando los siguientes cambios (escriba los cambios abajo):



ADVERTENCIA DE SANCIONES		
<p>“Bajo pena de perjurio, juro que he analizado y leído este formulario de renovación, o que alguien lo ha hecho por y para mí y que, a mi leal saber y entender, los datos son verdaderos y están completos. Si estoy completando esta solicitud en representación de otra persona, juro que el solicitante analizó esta solicitud, o que alguien se la leyó, y que, a su leal saber y entender, los datos son verdaderos y están completos”.</p> <p>Mi firma a continuación indica que he leído o me han leído el documento sobre derechos y responsabilidades que se encuentra adjunto a esta solicitud. Bajo pena de perjurio, doy fe de que todas mis respuestas en esta solicitud de renovación son correctas y completas a mi leal saber y entender, incluida la información sobre ciudadanía y condición de inmigración y la identidad de los menores de edad que menciono en esta solicitud. Comprendo que estaré infringiendo la ley si la información que proporciono es intencionadamente errónea, y que podría ser castigado conforme a la ley federal, la ley estatal o ambas.</p>		
Firma del cliente o representante autorizado Fecha:	Firma del testigo del departamento Fecha:	
Firma del cónyuge o padre Fecha:		
Firma del Custodio/Tutor/Apoderado Fecha:		
Número de teléfono	()	

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR DATOS EN CUESTIONES RELATIVAS A LAS DECISIONES SOBRE ELEGIBILIDAD

Podemos ofrecerle más ayuda si podemos trabajar con otras agencias y profesionales que lo conozcan a usted y a su familia. Al marcar el casillero "Acepto", nos autoriza a obtener, usar y compartir información confidencial sobre usted, procedente de diversas fuentes, incluido el Departamento de Trabajo y Capacitación de Rhode Island, el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island, la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island, el Departamento de Salud de Rhode Island, el Departamento de Correcciones de Rhode Island y Experian, en nombre de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Administración del Seguro Social.

No le denegaremos ningún beneficio ni el acceso a programas para los cuales reúne los requisitos de elegibilidad basándonos en el hecho de que no nos ha autorizado a obtener, usar ni compartir su información confidencial. Sin embargo, sin su consentimiento, no podemos asistirlo para acceder a determinados programas y servicios de ayuda para los que puede ser elegible. Necesitamos su consentimiento para poder determinar si usted reúne los requisitos de elegibilidad.

Puede buscar y adquirir una cobertura de seguro de salud sin completar este consentimiento. Para ello, debe llamar al Centro de Contacto al 1-855-840-HSRI (4774). No obstante, si desea saber si reúne los requisitos para obtener ayuda financiera para adquirir una cobertura o para participar en Medicaid, deberá completar este consentimiento.

La divulgación y el uso de la información que usted autoriza al marcar el casillero "Acepto" se realizarán de conformidad con todas las leyes y reglamentaciones federales y estatales pertinentes, las cuales protegen su privacidad. Estas incluyen, entre otras, las siguientes: La Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (ley Pública 104-191, conocida como HIPAA); la Ley de Confidencialidad de la Información y las Comunicaciones relativas a la Salud de Rhode Island (R.I.G.L. 5-37.3-1 y subsiguientes); las Leyes Generales de Rhode Island 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22 y 40-6-12, y todas las demás leyes y reglamentaciones vigentes. La información se compartirá por medio de transferencia de datos a través de computadora.

Al marcar el primer casillero que figura más abajo, autorizo a que se obtenga y use la información confidencial sobre mí para determinar si reúno los requisitos de elegibilidad inicial y continuación de la elegibilidad para inscribirme en una cobertura de seguro de salud financiada con fondos públicos o en cualquier otro programa financiado con fondos públicos y administrados a través de este sitio para planificar, proporcionar y coordinar beneficios y pagos.

- Otorgo mi consentimiento para que se compartan datos necesarios para tomar decisiones sobre elegibilidad.
- No otorgo* mi consentimiento y comprendo que mi elegibilidad para determinados programas y asistencia se verá afectada por esta decisión.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Número de cuenta: [REDACTED]

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 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. 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.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>





Instructions to the Examining Provider

Your patient is applying for services from the Department of Human Service (DHS). You are requested to complete this form so that the Office of Medical Review (OMR) can determine the **Level of Care**.

Documentation is required to assist in rendering services that best meet this client's **current** needs, either in a Nursing Facility or with Community Services.

What is needed from you to ensure completion of this application:

1. Please complete this PM-1 thoroughly, returning it to the designated Long Term Care Office in a timely manner. **All sections must be completed.**
2. The PM-1 is essential; other medical information is encouraged, i.e. medication sheets, but not in substitution of this form.

As the examining provider (MD, DO, RNP, PA) you will be assessing your patient's **medical diagnosis, current functional activity, cognitive status and treatments**. (Please use the included codes in the Current Functional Activity Section.)

Thank you in advance of your assistance.

Activities of Daily Living (See Current Functional Activities)

TRANSFER: ability to move between surfaces. To or from, bed, chair, wheelchair, standing position excluding to/from bath or toilet (with or without assisted device)

AMBULATION: ability to move between locations in the individual's living environment (with or without assisted device)

BED MOBILITY: ability to reposition body, turning side to side

DRESSING: ability to put on, fasten and take off all items of clothing

BATHING: ability to take a bath, shower, or sponge bath (effectively and thoroughly) and ability to transfer in/out of tub or shower (with or without assistance device)

TOILETING: ability to transfer on/off toilet, cleanses self after elimination, change pad/brief, manage ostomy or catheter, and adjust clothes

EATING: ability to eat and drink using routine or adaptive utensils (this also includes the ability to cut, chew and swallow food)

PERSONAL HYGIENE: ability to comb hair, brush teeth, wash and dry face, hands and perineum

MEDICATION MANAGEMENT: ability to identify and take medications correctly at the right time, route and dose

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Provider Medical Statement

Date:	Date of Last Office Visit:	
Applicant Name:	Date of Birth:	
SSN# or MID:	Gender (Circle): Male / Female	
Address:	Apt/Floor:	
City/Town:	State:	ZipCode:
Current Living Arrangement (Circle): Lives Alone / Lives with Others / Other:		
Name of Facility:	Date Admitted:	

DIAGNOSIS: Medical & Behavioral (including severity of condition) *NO DIAGNOSIS CODES		
PRIMARY DIAGNOSIS (Dates)	OTHER DIAGNOSIS (Dates)	SURGERY/INFECTIONS (include dates)

Prognosis of Rehabilitation Potential: _____
 Permanent Disability (circle): Yes / No

MEDICATIONS: Name, Dose, Frequency, and Route		

PAIN ASSESSMENT												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Diagnosis: _____	Frequency: _____
(none)			(moderate)			(Severe)						
Does pain interfere with individual's activity or movement? (circle) Yes / No												
Is pain relieved by medications/treatment? (circle) Yes / No												

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
 Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



PRESENT TREATMENTS & FREQUENCY

Provider Orders (Include specific orders for Diet, PT/OT/ST, Oxygen)

Therapies:

PT ___ x's/wk for ___ /wk's

OT ___ x's/wk for ___ /wk's

ST ___ x's/wk for ___ /wk's

Respiratory Therapy _____

Oxygen Liters ___ PRN Cont Chemotherapy/Radiation Dialysis

Diet _____

Tube Feeding _____

Wound Care: Site(s) _____
(treatment) _____

Pressure Ulcers #

Stage ___ Size ___ cm

Bladder & Bowel Training

Incontinence:

Bladder Yes No Frequency ___Bowel Yes No Frequency ___Foley Colostomy Urostomy **Current Functional Activity Codes (USE THESE CODES)****0 = INDEPENDENT: NO TALK, NO TOUCH**

No help or oversight provided to the individual during the activity (with or without the use of an assistive device)

1 = SUPERVISION: TALK, NO TOUCH

Oversight, cueing, and encouragement provided to the individual during the activity (with or without the use of an assistive device)

2 = LIMITED ASSISTANCE: TALK AND TOUCHIndividual highly involved in activity, received physical **guided assistance**, **no lifting** of any part of the individual**3 = EXTENSIVE ASSISTANCE: TALK, TOUCH AND LIFT**Individual performed part of activity **but** caregiver provides physical assistance to **lift, move or shift individual****4 = TOTAL DEPENDENCE: ALL ACTION BY CAREGIVER**

Individual does not participate in any part of the activity

5 = ACTIVITY DID NOT OCCUR: NO ACTION

The activity was not performed by the individual or caregiver

Activities of Daily Living (ADL's)

___ Bed Mobility

___ Dressing

___ Bathing

___ Toileting

___ Eating

___ Personal Hygiene

___ Medication Management

___ Ambulation

___ Transfer

Please circle all that apply:

Cane, Walker, Wheelchair, Bed to Chair,

Bedridden, Fall Risk

Instrumental (ADL's)

___ Housekeeping

___ Meal Prep

___ Shopping

___ Laundry

Can the patient go out unaccompanied? Yes / No

Can the patient utilize public transportation independently? Yes / No

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>

COGNITIVE STATUS

Is the patient impaired? (Circle) Yes / No

MMSE Score _____ BIMS Score _____ Date _____

Cognitive Skills for Daily Decision Making (please check one)

- Independent: Decisions consistent/reasonable
- Modified Independence: Some difficulty in new situations only
- Moderately Impaired: Decision poor/cue/supervision required
- Severely Impaired: Never/Rarely makes decisions

Behaviors: Please circle all that apply.

Please include level of severity on the line provided: 1 = Mild 2 = Moderate 3 = Severe

___ Disoriented

___ Memory Loss

___ Resists Care

___ Agitated

___ Verbally Aggressive

___ Physically Aggressive

___ Wander

___ Elopement

___ Other

Is patient followed by psych services: Yes / No If Yes, Where?

Has patient been hospitalized for Psychiatric Diagnosis? Yes / No (If Yes, give details)

Date: _____ Hospital: _____

Diagnosis: _____

If nursing home placement is medically necessary, will the patient be likely to return to the community within 6 months? Yes / No

Provider's (MD, DO, RNP, PA) Name (Print) _____

Signature: _____ Date: _____

For Office Use Only

Social CaseWorker: _____

District Office: _____

Date Form sent to Provider: _____

Date Received: _____

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>

STATE OF RHODE ISLAND
P.O. BOX 8709
CRANSTON, RI 02920-8787

Fecha : 04/01/2023
Número de cuenta :
Número de documento :
[REDACTED]



RQSLXODE DFWQPJIPC
77 Lgyd St,47 YMTD st
Cranston, RI 02920

Cómo contactarnos

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

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).

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Este formulario no está pensado para ser utilizado como un formulario de autorización médica.
No incluya ninguna información médica en este formulario.

Por este medio, autorizo al Rhode Island Department of Human Services (DHS, Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island) a obtener de o revelar a:

Nombre _____
Persona, agencia u organización

Dirección _____

la siguiente información que sea relevante para mí o para la persona que se menciona a continuación, de quien soy responsable:

Información financiera _____
(Especifique) (Fechas)

Información social _____
(Especifique) (Fechas)

Información otra _____
(Especifique) (Fechas)

Nombre (en letra de imprenta) _____
Nombre de la persona sobre quien se solicita información

Fecha de nacimiento _____ **N.º de seguro social** _____

N.º de reclamación del Department of Veterans Affairs _____

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Domicilio _____

Motivo de la solicitud _____

Entiendo que los registros están protegidos por las General Laws of Rhode Island (Leyes Generales de Rhode Island) y no pueden divulgarse sin un consentimiento por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario. No deberá transmitirse ninguna información divulgada o recibida como resultado de este consentimiento de ninguna manera a ninguna persona u organización que no pertenezcan al departamento sin mi consentimiento adicional por escrito, a menos que sea con el propósito de procesar mi solicitud de asistencia o servicios. Este consentimiento quedará nulo al finalizar la asistencia o ante la interrupción de los servicios y podrá revocarse en cualquier momento.

Firma del cliente o su padre, madre o tutor	Parentesco con la persona identificada	Fecha
--	---	--------------

Nombre (en letra de imprenta)	Cargo
Representante de la agencia del DHS	

Dirección de la oficina de distrito _____

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



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 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. 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.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>





RQSLXODE DFWQPJIPC
77 Lgyd St,47 YMTD st
Cranston, RI 02920

Cómo contactarnos

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

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).

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y EL USO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

INSTRUCCIONES: COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, COLOQUE LA FECHA Y FIRME.

I. Yo, _____, por el presente, autorizo de manera voluntaria la divulgación de la
(Nombre del solicitante o paciente)
la información de mi historia clínica.

Mi fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Mi n.º de seguro social: - - -

II. **Mi información podrá ser divulgada por la siguiente:**

Y se podrá proporcionar a la siguiente:

(Nombre de la persona u organización)

(Nombre de la persona u organización)

(Dirección)

(Dirección)

(Ciudad, estado, código postal)

(Ciudad, estado, código postal)

III. **El motivo de esta divulgación de la información es el siguiente:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solicitud de asistencia médica | <input type="checkbox"/> Razones personales y privadas |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de otros servicios del Departamento de Servicios Humanos | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



IV. La información que se podrá divulgar es la siguiente: (marque solamente UNO de los siguientes casilleros)

- Toda información de la historia clínica Información sobre el seguro de salud
- Toda la información, excepto la especificada en los casilleros que marqué, mencionada en la sección VI a continuación
- Otra (especifique): _____
- Notas de psicoterapia ÚNICAMENTE (al marcar este casillero, renuncio a mi privilegio psicoterapeuta-paciente)**

También me gustaría que se divulgue la siguiente información delicada: (marque los casilleros que correspondan)

- Tratamiento o derivación por alcoholismo o abuso de sustancias Tratamiento relacionado con el VIH-sida
- Enfermedades de transmisión sexual Salud mental (además de lo que se incluye en las notas de psicoterapia)

V. Comprendo que si presento la solicitud para la inscripción, la recertificación u otros servicios, esta divulgación incluye a todos mis proveedores de atención médica, incluido el proveedor indicado anteriormente, como así también a cualquier otro individuo, centro, programa o plan que yo haya mencionado en mis solicitudes escritas para los programas del Departamento de Servicios Humanos (DHS) y en los formularios necesarios del DHS, específicamente los formularios AP-70 y los formularios MA-63. También comprendo que esta autorización se exige como condición para obtener la elegibilidad y los servicios, y el DHS la utilizará únicamente para dichos propósitos. Por lo tanto, si no firmo esta autorización, esto puede afectar mi elegibilidad o el alcance de los servicios que pueda obtener. Asimismo, acepto que este formulario se envíe por fax o se fotocopie para la divulgación de la información.

Comprendo, además, que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento ante el DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS y que, si lo hago, el DHS puede condicionar mi elegibilidad y mi acceso a los servicios a partir de mi decisión de revocación. Además, toda la información que se haya divulgado ante el DHS antes de revocar esta autorización, como así también toda la información que se haya divulgado ante otras partes conforme a esta autorización, posiblemente ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), la Norma sobre la Privacidad (título 45 del Código de Reglamentos Federales [CFR], parte 164) y la Ley de Privacidad de 1974 (título 5, sección 552a del Código de los Estados Unidos [USC]). Si esta autorización no se ha revocado, expirará un año después de haberla firmado, a menos que yo haya especificado un evento de expiración o una fecha de expiración diferente en el espacio para completar que sigue a continuación.

(Complete aquí si desea que la fecha de expiración no sea al año de la fecha que figura abajo)

Firma del paciente **Fecha**

Firma del representante autorizado **Relación con el paciente** **Fecha**

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



VI. Información específica que NO quiero que se divulgue: (marque los casilleros que correspondan)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta con información sobre análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas sobre la evolución del paciente | <input type="checkbox"/> Información sobre análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Examen psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y examen físico | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> Prueba psicológica | <input type="checkbox"/> Antecedentes de servicios sociales |
| <input type="checkbox"/> Evaluación vocacional | <input type="checkbox"/> Evaluación médica | <input type="checkbox"/> Evaluación educativa | <input type="checkbox"/> Evaluación financiera |
| <input type="checkbox"/> Conjunto mínimo de datos | <input type="checkbox"/> Notas del personal de enfermería | <input type="checkbox"/> Planes de atención | <input type="checkbox"/> Registros dentales |
| <input type="checkbox"/> Fotografías, videos o imágenes digitales | <input type="checkbox"/> Estados de facturación | <input type="checkbox"/> Informes de especialistas | <input type="checkbox"/> Registros alimentarios |
| <input type="checkbox"/> Registros de atención de emergencia | <input type="checkbox"/> Informes de radiografías | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico | |

**Instrucciones para completar el Formulario DHS-25M
AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

1. Complete todos los campos con letra de imprenta legible y utilice tinta negra.
2. Sección I: escriba con letra de imprenta el nombre del paciente cuya información podrá divulgarse.
3. Sección II: escriba con letra de imprenta el nombre y la dirección de la persona o la organización autorizada a divulgar la información. Además, incluya el nombre de la persona, la unidad y la dirección que recibirá la información.
4. Sección III: especifique la razón por la cual se necesita la información (p. ej., reclamación por discapacidad, continuación de la atención médica).
5. Sección IV: marque UNO de los casilleros incluidos.
 - a) Toda información de la historia clínica: la historia clínica completa del paciente, excepto la información delicada (p. ej., tratamiento o derivación por alcoholismo o abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, tratamiento relacionado con el VIH-sida, salud mental [además de lo que se incluye en las notas de psicoterapia]).
 - b) Toda la información (excepto la especificada en los casilleros que marqué) mencionada en la sección VI a continuación: el paciente solamente debe marcar los casilleros que especifican información que NO desea que se divulgue.
 - c) Otra (especifique): información específica precisada por el paciente (p. ej., CHS, facturación, salud del empleado).
 - d) Notas de psicoterapia ÚNICAMENTE: a fin de autorizar el uso o la divulgación de las notas de psicoterapia, se deberá marcar solo este casillero en este formulario. Es

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



posible que las autorizaciones para el uso o la divulgación de otro tipo de información incluida en la historia clínica NO se realicen en conjunto con las autorizaciones relacionadas con las notas de psicoterapia.

Las notas de psicoterapia suelen denominarse notas de proceso, que se distinguen de las notas sobre la evolución del paciente en la historia clínica. Estas notas plasman las impresiones del terapeuta sobre el paciente y contienen detalles de la conversación de la psicoterapia que se consideran inapropiados para la historia clínica y el proveedor las utiliza para sesiones futuras. Estas notas, a menudo, se conservan por separado a fin de restringir el acceso a ellas debido a que contienen información delicada que solo es relevante para el proveedor tratante.

- e) **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DELICADA:** el paciente debe marcar el casillero que corresponda (tratamiento o derivación por alcoholismo o abuso de sustancias, tratamiento relacionado con el VIH-sida, enfermedades de transmisión sexual, salud mental [además de lo que se incluye en las notas de psicoterapia]).

6. Sección V: firme y coloque la fecha. Si desea elegir una fecha de expiración diferente, especifíquela.
7. Sección V: representante autorizado (p. ej., tutor legal, apoderado).
8. Sección VI: información específica que el paciente NO quiere que se divulgue.
9. Al paciente se le entregará una copia del Formulario DHS-25M completo.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



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 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. 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.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



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 ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ 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).

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>

