



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

How to Contact Us

Go Online : <https://healthyrhode.ri.gov>

For questions about affordable health coverage,
call HealthSource RI at 1-855-840-4774

For questions about affordable health coverage or
human services programs, call Department of
Human Services at 1-855-MY-RI-DHS
(1-855-697-4347)

RECERTIFICACIÓN/NOTIFICACIÓN DE RENOVACIÓN

Acción requerida: Revisar la información que tenemos en su expediente

¿Por qué recibe esta notificación?

Es momento de que revisemos su elegibilidad para los siguientes programas. Si su nombre figura en el siguiente recuadro, por favor, complete, firme y entregue este formulario junto con la prueba solicitada, de lo contrario, es posible que sus beneficios finalicen.

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	MEDICAID RECIPIENT	05/31/2023

A fin de garantizar que los beneficios no se interrumpan, **entregue este Formulario de renovación dentro de los 30 días siguientes a la recepción de esta notificación** para que haya tiempo suficiente para su procesamiento. Es posible que cada programa tenga diferentes procedimientos de renovación. Por favor, lea la información que figura a continuación acerca de cómo renovar su elegibilidad para cada programa.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

¿Cómo se tramita la renovación?

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

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

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



Account #: [REDACTED]

MEDICAID:

Si le indicamos que **la cobertura de Medicaid finalizará**, significa que necesitamos determinada información para decidir si usted aún reúne los requisitos de elegibilidad. En la siguiente notificación

se indica la información que necesitamos.

- **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.
- **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>.

¿Qué cambios debe reportar?

- **Ingresos:** Se nos debe informar de cualquier cambio en los ingresos del beneficiario e informar de cualquier dependiente o cónyuge que se deba tomar en cuenta para determinar la suma que se gastará en la atención médica y cuidado mensualmente.
- **Bienes:** Además, necesitamos saber si los bienes del beneficiario han aumentado, o si se ha vendido o transferido algún bien perteneciente al beneficiario de manera individual o mancomunada.
- **Dirección y arreglo de cohabitación:** Díganos si el beneficiario se mudó o cambió de dirección; se mudó a o de una residencia de vida asistida, hogar para ancianos u hogar grupal; o cambió de arreglo de cohabitación.
- **Familia y situación doméstica:** Necesitamos saber si ha habido cambios en el hogar del beneficiario como, por ejemplo, si el cónyuge o un dependiente del beneficiario fallecieron, o si el beneficiario se divorció o volvió a casar, se mudó a o de la casa, o vendió una vivienda NO tomada en cuenta entre los bienes.
- **Situación inmigratoria:** Debe decirnos si la situación inmigratoria de un beneficiario no ciudadano o del patrocinador ha cambiado desde la fecha de la solicitud inicial o fecha de la renovación más reciente.

¿Cómo se renueva Medicaid?

- Si debe proporcionarnos documentos adicionales o reportó cambios, revisaremos la información que nos dé y decidiremos si usted es elegible para renovar su cobertura de seguro médico de Medicaid. Le enviaremos otra carta para informarle nuestra decisión o decirle si necesitamos más información antes de la fecha de renovación.

Si necesita espacio adicional, use la sección de comentarios del cliente de este formulario de renovación.

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

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

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



Account #: [REDACTED]

Si quiere solicitar programas adicionales, debe llenar un nuevo formulario de solicitud de asistencia DHS-2 o hacer la solicitud en healthyrhode.ri.gov. Por favor, comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono que figura más arriba para pedir una nueva solicitud o visite www.dhs.ri.gov para imprimir un formulario de solicitud.

Información actual de la cuenta

Por favor, verifique la información que figura a continuación. Si la información ha cambiado, por favor, escriba la información actual en la columna "Información actualizada" que se encuentra a la derecha.

Información de contacto del solicitante principal

¿La información de contacto del solicitante principal que figura más abajo aún es correcta? Sí No - por favor, proporcione la información actualizada más abajo.

	Información actual	Información actualizada
Dirección particular	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
Dirección postal (en caso de que sea diferente a la dirección particular)	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
Número de teléfono	123-456-7890	
Número de teléfono para que el DHS se comunice con usted para su entrevista programada (si corresponde)		
Dirección de correo electrónico		
Idioma de preferencia oral	Spanish	
Idioma escrito preferido	Spanish	

¿Necesita un intérprete? Sí No

Si son necesarios, los servicios de interpretación se brindan en forma gratuita.

Integrantes actuales del grupo familiar

¿Las personas que se indican a continuación aún viven en su hogar? Sí No - si la respuesta es no, por favor, ingrese la fecha en que la persona se mudó del hogar.

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

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

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



Account #: XXXXXXXXXX

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante principal	Programa(s) renovado(s)	¿Compran y preparan las comidas juntos?	Fecha en la que la persona se mudó del hogar*
MEDICAID RECIPIENT	DD/MM/YYYY	Self	Medicaid	NA	

*Ejemplos de mudanzas del hogar: nueva residencia, prisión, hospital, albergue, centro de enfermería, programa residencial, vivienda asistida, vivienda grupal, vivienda compartida.

Nuevos integrantes del grupo familiar

Por favor, complete el cuadro que figura más adelante, agregue los nombres de cualquier persona que no figure en los datos actuales, incluida cualquier persona que se haya mudado a su hogar.

Si necesita espacio adicional, use la sección de comentarios del cliente de este formulario de renovación.

Si cualquiera de las personas que se mudó a su hogar está solicitando beneficios, por favor, marque los casilleros que correspondan en la columna de la derecha.

Nombre del nuevo integrante del grupo familiar	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social <i>(responda solo si está solicitando beneficios)</i>	¿Es ciudadano estadounidense? <i>(responda solo si está solicitando beneficios)</i>	Relación con el solicitante principal	Beneficios solicitados
	___/___/___	___ - ___ - _____	[] Sí [] No		[] SNAP [] RIW [] Medicaid [] CCAP [] GPA
	___/___/___	___ - ___ - _____	[] Sí [] No		[] SNAP [] RIW [] Medicaid [] CCAP [] GPA

¿Alguna persona de su grupo familiar es ciega, tiene una discapacidad, está embarazada o vive en una institución o residencia comunitaria?

Sí - Por favor, proporcione información más abajo 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>



Nombre	¿Alguna agencia gubernamental ha determinado que dicha persona es ciega o discapacitada?	¿Dicha persona está embarazada?	¿Dicha persona se encuentra viviendo actualmente en una institución o residencia comunitaria? Por favor, especifique*
	[] Sí [] No	[] Sí [] No	[] Sí, _____ [] No
	[] Sí [] No	[] Sí [] No	[] Sí, _____ [] No

*Se encuentra viviendo en una institución (por favor, especifique: hospital, centro de enfermería, programa residencial, prisión);

*Se encuentra viviendo en una residencia comunitaria (por favor, especifique: vivienda asistida, vivienda grupal, vivienda compartida).

Ingresos laborales

A continuación figura la información que tenemos sobre los integrantes de su hogar que reciben ingresos laborales. **Por favor, adjunte una prueba de ingresos de los últimos 30 días, incluso aunque no haya cambios** (no requerida para Medicaid).

¿La información que figura a continuación es correcta? Sí No

Si la respuesta es no, ingrese la información correcta y cualquier nueva información sobre ingresos en las filas vacías de la siguiente tabla.

Tenga en cuenta que es posible que no todos los ingresos que usted informó se tomen en consideración a los fines de la recertificación.

Por favor, incluya ingresos por trabajo independiente, como por ejemplo, dinero percibido por un negocio, por cuidar a un menor que no vive en su hogar o ingresos por alquiler de una propiedad que le pertenece o es administrada por un beneficiario del hogar.

Nombre	Situación de empleo	Nombre y dirección del empleador	Ingreso mensual total*

*Ingreso mensual total: ingresos antes de cualquier deducción

Ingresos de otras fuentes

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



Account #: [REDACTED]

A continuación, mostramos la información que tenemos sobre ingresos no salariales. Por favor, adjunte comprobantes de los ingresos correspondientes a los últimos 30 días, aunque no haya habido cambios (no se requiere para Medicaid).

Esta sección trata sobre ingresos no salariales tales como seguro social; jubilación; seguro por discapacidad o beneficios para sobrevivientes (RSDI); beneficios para veteranos, incluyendo pensiones y pagos de Aid & Attendance; beneficios por desempleo; ingresos por alquileres de propiedades; Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI); seguro por discapacidad temporal (TDI); compensación laboral; intereses o dividendos de cuentas financieras; subsidio por adopción; asignación para dependientes de militares; manutención de menores; o pensión alimenticia.

¿Es la siguiente información correcta? Sí No

Si no lo es, por favor proporcione la información correcta y proporcione también información de cualquier ingreso económico nuevo en los renglones vacíos del cuadro de abajo.

Por favor tenga presente que no todos los ingresos que reporta se tomarán en cuenta para la recertificación.

Nombre	Tipo de ingreso	Monto	Frecuencia con la que lo recibe
MEDICIAD RECIPIENT	Social Security Benefits	\$ 123.45	Monthly
MEDICAID RECIPIENT	Social Security Benefits	\$ 123.45	Monthly

Los ingresos que se muestran en las secciones de este aviso correspondientes a “Ingresos salariales” e “Ingresos no salariales”, pueden afectar los beneficios de Medicaid que vaya a renovar. Estos son los únicos ingresos sobre los cuales necesitamos información actualizada. Por favor proporciónenos información de cualquier fuente nueva de ingresos en el espacio provisto.

Cronograma de cuidado infantil

Si está recibiendo asistencia para cuidado de niños, llene las siguientes casillas con información de su horario actual de trabajo y su necesidad de servicios.

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



Account #: [REDACTED]

Motivo de la necesidad <i>(marque todas las opciones que correspondan)</i>	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Necesidades especiales debido a un problema de salud del padre/la madre o el/la niño/a [REDACTED]			
	<input type="checkbox"/> Completar la escuela secundaria/GED		<input type="checkbox"/> Capacitación a corto plazo	
	<input type="checkbox"/> Universidad			
	Padre/madre 1 (Nombre):		Padre/madre 2 (Nombre):	
Día	Hora de inicio	Hora de finalización	Hora de inicio	Hora de finalización
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				
Si los horarios varían, explique según corresponda (puede enviar documentación adicional para verificar).				

Asistencia a la escuela y condición de estudiante

A continuación figura la información que tenemos sobre los integrantes de su hogar que asisten a la escuela. ¿La información que figura a continuación es correcta? Sí No

Si la respuesta es no, ingrese la información correcta y cualquier nueva información en las filas vacías que figuran en la tabla a continuación.

Nombre	Edad	Nombre de la escuela	¿Asiste a jornada simple o jornada completa? Sí/No	Nivel de estudios más alto que completó	¿Recibe beneficios de trabajo-estudio? Sí/No	Tipo de escuela (K-12, universidad, escuela de formación profesional)
MEDICAID RECIPIENT		UNKNOWN	No	NA	NA	NA

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



Account #: [REDACTED]

Acceso a otro seguro de salud

Nombre	Nombre del titular de la póliza	Nombre del plan	Estado de inscripción	Números de identificación de reclamo, contrato, grupo y/o miembro	Nombre y dirección de la compañía de seguros

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 para decisiones sobre elegibilidad para MEDICAID Y COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA SOLAMENTE

Podemos ofrecerle más ayuda si podemos trabajar con otras agencias y profesionales que los conozcan a usted y a sus familiares. 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, se requiere su consentimiento a los fines de determinar o renovar su elegibilidad utilizando fuentes de datos electrónicos para otros programas, tales como seguro médico comercial a través de HealthSourceRI.

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: La Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Pub. L. 104-191); 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 et seq); R.I.G.L. 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, 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 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 otros programas 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>





ADVERTENCIA DE SANCIONES			
<p>Mi firma a continuación indica que he leído o me han leído el documento sobre derechos y responsabilidades que se encuentra adjunto a este formulario. Bajo pena de perjurio, doy fe de que todas mis respuestas en este formulario 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 este formulario. Comprendo que estaré infringiendo la ley si la información que proporcione es intencionadamente errónea, y que podría ser castigado conforme a la ley federal, la ley estatal o ambas.</p>			
Firma del/de la solicitante o beneficiario/a	Fecha	Firma del representante autorizado	Fecha
Firma del/de la cónyuge o el otro padre del niño	Fecha	Firma de la persona que ayuda a completar este formulario	Fecha
Firma del tutor, custodio o titular del poder	Fecha	Firma del representante de la agencia (sólo para uso interno)	Fecha

Formulario de cambio de dirección del registro del votante del Estado de Rhode Island

Si no está registrado para votar en su dirección actual, ¿quisiera hacerlo? Sí No

NOTA: Si no marca ningún casillero, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.

El hecho de que usted solicite registrarse para votar o no lo haga, no afectará el monto de la ayuda que este departamento le proporcionará. Si quiere ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, lo ayudaremos. Usted es quien decide si desea buscar o aceptar ayuda. Podrá completar el formulario de solicitud de registro para votantes en privado.

Si considera que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar o no hacerlo, con su derecho a la privacidad al momento de decidir si desea registrarse para votar, o de solicitar registrarse para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, podrá enviar una queja al Coordinador de registro del votante a 50 Branch Avenue, Providence, RI, 02904 o llamar al (401) 222 - 2345.

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



Account #: [REDACTED]

La tabla que figura a continuación muestra algunos ejemplos de los documentos que deberá presentar junto con este formulario de renovación. Envíe este formulario de renovación completo aunque no tenga todos estos documentos. Si necesita ayuda para obtener estos documentos, puede comunicarse con el DHS llamando al número telefónico que figura en la página 1 de este formulario.

Además, puede subir documentos a través de la app móvil HealthyRhode, disponible para instalar en móviles Smartphone.

Ingresos de empleos	Recibos de pago de sueldo o declaraciones en papel membretado del empleador que indiquen ingresos antes de impuestos, fechas de pago, cronograma de horas de trabajo y cantidad de horas que trabajó en las últimas cuatro semanas
Nueva dirección y costos de alojamiento	Recibos de alquiler, libreta de pago de hipoteca, contrato de alquiler/arrendamiento, declaración del HUD, declaración de una persona que comparte los costos de alojamiento con usted, facturas de servicios públicos, declaración de una compañía de servicios públicos, declaración del propietario del inmueble que indique dirección y monto pagado
Manutención de menores que usted paga	Si hubo cambios en su obligación de pagar manutención de menores, proporcione una copia de la orden judicial correspondiente.
Ingresos no salariales	Copia más reciente del cheque o la carta de asignación de Seguro Social; prueba de pago por desempleo, compensación por accidente laboral, pensión, manutención de menores, pensión alimenticia, TDI
Gastos por cuidado de dependientes	Recibo que demuestre sus gastos de bolsillo para el cuidado de niños o gastos de bolsillo para el cuidado de un integrante del grupo familiar discapacitado o anciano
Recursos/vehículos	Resúmenes de cuenta bancaria (cuenta de ahorros, cuenta corriente, declaraciones de cooperativa de crédito y/o CD); acciones o bonos; documentación de propiedad de un fideicomiso; prueba de propiedad de bienes raíces que no sean su hogar; prueba de propiedades de alquiler; registro de vehículo, como automóvil, barco, camión, motocicleta, autocaravana; prueba de otras propiedades que producen ingresos; prueba de propiedad de una parcela en un cementerio (si tiene más de una)

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



COMENTARIOS DEL CLIENTE (también puede utilizar esta sección para proporcionar información adicional)

[Empty comment box]

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





RHODE ISLAND FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

Sírvase usar tinta y escribir en letra de molde legible.

A menos que esté marcada como optativa, toda la información solicitada es obligatoria.

Puede usar este formulario para:

- Inscribirse para votar en Rhode Island.
- Cambiar su nombre o dirección en la inscripción.
- Escoger un partido político o cambiar de partido.

Para inscribirse para votar en RI, tiene que:

- Vivir en Rhode Island.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos.
- Haber cumplido 16 años de edad.
(Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciones)

INSTRUCCIONES

Casilla 2: Obligatorio. Ciudadanos y residentes de Rhode Island de 16 años de edad pueden inscribirse para votar usando este formulario. Si no marca alguna de estas casillas, se le devolverá el formulario. Si contesta NO, no complete este formulario.

Casilla 3: Si es la primera vez que se inscribe por correo para votar en Rhode Island o si alguien entrega este formulario a nombre suyo, se le **EXIGE** que dé el número de su licencia de conductor o número de identificación estatal expedido por el Departamento de Automotores (DMV) de Rhode Island. Si no tiene ninguno de los dos, deberá dar su los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social. Si no da los datos indicados arriba o si estos no se pueden verificar, se le pedirá que antes de votar le muestre al funcionario electoral un documento de identidad. Los documentos de identidad aceptables se detallan en la sede de la Junta de Elecciones en <http://www.elections.ri.gov> puede comunicarse con la Junta de Escrutadores local (ver el dorso de este formulario).

Casilla 5: Cada persona puede tener una sola residencia legal. Tiene que inscribirse con su residencia actual. Sólo puede indicar una casilla postal o ruta rural en la Casilla 6, "Dirección postal".

Casilla 9: Si deseas inscribirse como miembro de un partido político, marque la casilla correspondiente. **Si dejas la Casilla 9 en blanco, se inscribe sin afiliación.**

Casilla 10: Tiene que FIRMAR y FECHAR el formulario de inscripción. Si no lo hace, se le devolverá el formulario.

Casilla 11: Si está actualizando su inscripción de votante porque cambió de nombre legalmente, indique su nombre legal anterior.

Casilla 12: Si está actualizando su inscripción de votante porque cambió de dirección, indique su dirección anterior, **incluso si era fuera del estado.**

Antes de que transcurran 3 semanas, recibirá un acuse de recibo del formulario de inscripción de votante. Si no lo recibe, comuníquese con la Junta de Escrutadores local (ver la lista al dorso). Si tiene preguntas o para averiguar más sobre las fechas límite, acuda a la sede en Internet de la Junta Electoral del estado en <http://www.elections.ri.gov> o póngase en contacto con la Junta de Escrutadores local (ver la lista al dorso).

(Se autoriza la reproducción de este formulario)

Formulario de Inscripción de Votantes de Rhode Island

1. Marque lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Inscripción votante nuevo <input type="checkbox"/> Cambio dirección <input type="checkbox"/> Cambio partido <input type="checkbox"/> Cambio nombre				
2. Soy ciudadano de EE.UU. y residente de Rhode Island <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cumplido 16 años de edad. (Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciones) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó NO en cualquiera de estas casillas, no complete este formulario.		3. No. de licencia de conductor de RI: <input type="text"/> No. de tarjeta de identidad de RI: <input type="text"/> Si no tiene licencia o ID de RI, escriba los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social: <input type="text"/> Si no puso ningún número, vea arriba en Instrucciones, Casilla 3.		
4. Apellido		Nombre		2º nombre (o la inicial)
5. Dirección residencial (No puede ser una casilla postal)		Apto.	Ciudad/Pueblo	Estado RI
6. Dirección postal (si es distinta de la dirección de la Casilla 5)		Apto.	Ciudad/Pueblo	Estado Código ZIP
7. Fecha de nacimiento		8. No. de teléfono / Correo electrónico (optativo)		9. Selleccione su partido: <input type="checkbox"/> Demócrata <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Republicano <input type="checkbox"/> Sin afiliación <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>
Mes Día Año		<i>Usa oficial para código de barras</i>		
10. Juro o afirmo que: - No estoy recluso ni en cárcel ni prisión, condenado por un delito mayor. - No he sido declarado "incompetente mental" para votar por ningún juzgado. - A mi leal entender, la información que he dado es verídica, so pena de perjurio. Si doy información falsa, puedo ser multado, encarcelado o (si no soy ciudadano de EE.UU.) deportado del país o se me puede negar el ingreso a Estados Unidos. Firme aquí con su nombre completo o ponga su marca. <div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 40px; margin: 10px auto;"></div>				
		Fecha de la firma		MM/DD/AAAA ¿Le interesa trabajar en las urnas? (marque esta casilla) <input type="checkbox"/>
Advertencia: Si firma este formulario a sabiendas de alguna falsedad, pueden ser condenado y multado hasta \$5,000 o encarcelado hasta 10 años.				
11. Nombre anterior (si es disinto del de la Casilla 4)		12. Dirección de su inscripción anterior (Ciudad/Pueblo, Estado, ZIP y Condado)		

02/2012 Regs
Form Revised 12/2012

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

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

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



Remite



Requiere
franqueo. La
Oficina Postal
no hará entrega
si no tiene el
debido
franqueo.

Remitir a: **BOARD OF CANVASSERS**

*****Plegar aquí y pegar arriba con cinta*****

INSTRUCCIONES PARA REMITIR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

Todo solicitante que opte por remitir su formulario de inscripción de votante por correo, deberá hacerlo de la manera siguiente:

1. Plegar el formulario en la línea punteada y usar cinta pegante para pegar el borde inferior del formulario con su borde superior.
2. Ubicar, en la lista que figura a continuación, la dirección de la Junta de Escrutadores en la ciudad o pueblo en el que se está inscribiendo para votar. Inserte dicha dirección en el espacio correspondiente debajo de "Remitir a: BOARD OF CANVASSERS" en el costado de la dirección del formulario de inscripción de votante. Escriba su remite en el espacio indicado.

NOTIFICACIÓN: Toda intromisión de su privacidad al inscribirse para votar o al escoger un partido político es contravención de la ley. Si usted considera que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse o no inscribirse, o con su privacidad al tomar esta decisión, o al escoger un partido político, puede presentar una queja ante la Junta Estatal de Elecciones, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

JUNTAS DE ESCRUTADORES LOCALES

Barrington Town Hall 283 County Rd. Barrington, RI 02806	Exeter Town Hall 675 Ten Rod Rd. Exeter, RI 02822	New Shoreham Town Hall PO Drawer 220 Block Island, RI 02807	Smithfield Town Hall 64 Farnum Pike Smithfield, RI 02917
Bristol Town Hall 10 Court St. Bristol, RI 02809	Foster Town Hall 181 Howard Hill Rd. Foster, RI 02825	Newport City Hall 43 Broadway Newport, RI 02840	So. Kingstown Town Hall 180 High St Wakefield, RI 02879.
Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830	Glocester Town Hall 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814	No. Kingstown Town Hall 80 Boston Neck Rd. North Kingstown, RI 02852	Tiverton Town Hall 343 Highland Rd. Tiverton, RI 02878
Central Falls City Hall 580 Broad St. Central Falls, RI 02863	Hopkinton Town Hall One Town House Rd. Hopkinton, RI 02833	North Providence Town Hall 2000 Smith St. North Providence, RI 02911	Warren Town Hall 514 Main St. Warren, RI 02885
Charlestown Town Hall, 4540 So. County Trail, Charlestown, RI 02813	Jamestown Town Hall 93 Narragansett Ave. Jamestown, RI 02835	North Smithfield Municipal Annex 575 Smithfield Rd, North Smithfield, RI 02896	Warwick City Hall 3275 Post Rd. Warwick, RI 02886
Coventry Town Hall 1670 Flat River Rd. Coventry, RI 02816	Johnston Town Hall 1385 Hartford Ave Johnston, RI 02919	Pawtucket City Hall 137 Roosevelt Ave. Pawtucket, RI 02860	W. Greenwich Town Hall 280 Victory Highway W. Greenwich, RI 02817
Cranston City Hall 869 Park Ave. Cranston, RI 02910	Lincoln Town Hall 100 Old River Rd. PO Box 100, Lincoln, RI 02865	Portsmouth Town Hall 2200 East Main Rd Portsmouth, RI 02871	West Warwick Town Hall 1170 Main St. West Warwick, RI 02893
Cumberland Town Hall 45 Broad St. Cumberland, RI 02864	Little Compton Town Hall PO Box 226 Little Compton, RI 02837	Providence City Hall 25 Dorrance St. Providence, RI 02903	Westerly Town Hall 45 Broad St. Westerly, RI 02891
East Greenwich Town Hall PO Box 111 East Greenwich, RI 02818	Middletown Town Hall 350 East Main Rd. Middletown, RI 02842	Richmond Town Hall 5 Richmond Townhouse Rd. Wyoming, RI 02898	Woonsocket City Hall P.O. Box B, 169 Main St. Woonsocket, RI 02895
East Providence City Hall 145 Taunton Ave. East Providence, RI 02914	Narragansett Town Hall 25 Fifth Ave. Narragansett, RI 02882	Scituate Town Hall PO Box 328 North Scituate, RI 02857	

**Toda consulta sobre la inscripción de votantes
puede dirigirse a:**

Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.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>**



Account #: [REDACTED]

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.

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.

DERECHOS

Información sobre su cobertura y sus derechos:

Usted tiene DERECHO a solicitar y, en caso de que reúna los requisitos, a recibir asistencia financiera, servicios de Medicaid o a acceder a los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria en función de las políticas y normas establecidas conforme a las leyes estatales y federales.

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.

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

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

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



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.

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

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

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



Account #: [REDACTED]

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.

Si es la primera vez que solicita cobertura de Medicaid, debe solicitar una audiencia por escrito en los treinta (30) días siguientes al quinto día de la fecha de este aviso, para dar tiempo también al envío postal. Por lo tanto, solicite la apelación no antes del 05/06/2023. Si ya tiene Medicaid y quiere conservar la cobertura

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

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

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



Account #: [REDACTED]

hasta que se conozca la decisión de la audiencia, por favor haga la apelación por escrito en un plazo de 10 días a partir del quinto día de la fecha de este aviso, para incluir también el tiempo de envío postal.

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.

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, y 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 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.

Información sobre créditos fiscales para el pago de primas

Usted puede optar por diferir parte de sus créditos fiscales para el pago del seguro de salud y recibir el saldo al presentar su declaración de impuestos federales. Es posible que usted deba reembolsar los créditos fiscales que recibió al momento de presentar su declaración de impuestos federales si el monto que aplica a su prima mensual supera el monto que usted tiene derecho a recibir en virtud de sus ingresos anuales totales.

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

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

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



Account #: [REDACTED]

Para ser elegible para recibir créditos fiscales para el pago del seguro de salud, debe cumplir los siguientes requisitos:

- presentar una declaración de impuestos para el año en que está recibiendo cobertura de seguro de salud;
- notificar cualquier cambio que afecte su elegibilidad, como se indica anteriormente.

Información sobre reducciones en los costos compartidos

Según sus ingresos, usted puede recibir más ayuda financiera para el pago del seguro de salud. Las reducciones en los costos compartidos reducen el monto de los gastos de bolsillo que debe pagar por su atención médica (en otras palabras, por medicamentos en la farmacia o por copagos en el consultorio médico). Por ejemplo, si sus ingresos bajan, se pueden reducir sus copagos o deducibles. El nivel de reducciones depende de los ingresos de su grupo familiar. Si cambian los ingresos de su grupo familiar, también se pueden modificar sus copagos y deducibles.

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 (y). 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 plenamente con el personal federal o estatal que lleve a cabo revisiones de control de calidad.

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 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**

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 manutención de menores y a la determinación de la paternidad

Ha cedido todos y cada uno de los derechos que pueda poseer en su nombre y para o en representación de su(s) hijo(s) o menores, 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 usted y a su(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 usted como para su(s) hijo(s) o 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.

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

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

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



Account #: [REDACTED]

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 que usted proporcione en su solicitud para la administración de sus programas, 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.

Medicaid: Finalización de la cobertura por decisión suya

Los siguientes miembros de su grupo familiar tienen cobertura de Medicaid:

Nombre
MEDICAID RECIPIENT

Usted puede cancelar o dar fin a la cobertura de seguro médico de Medicaid de cualquier miembro de su hogar en cualquier momento. Existen varias maneras de solicitar la cancelación:

- Por teléfono: Comuníquese con el Centro de Llamadas del Departamento de Servicios Humanos (DHS) al 1-855-697-4347 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 3 p.m., exceptuando en días feriados; o comuníquese con HealthSource RI al 1-855-840-4774 de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., exceptuando en días feriados
- En persona: Visite una oficina del DHS o deposite su solicitud de cancelación en uno de los buzones seguros ubicados en las oficinas y centros familiares regionales del DHS. Para averiguar las direcciones, visite www.dhs.ri.gov o llame al 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- Por correo postal: Envíe la solicitud por correo a State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787. Deberá enviarla con al menos dos semanas de antelación a la fecha deseada de terminación de la cobertura.

Medicaid: Finalización de cobertura por parte del Estado

Los siguientes miembros de su grupo familiar tienen cobertura activa de Medicaid:

Nombre
MEDICAID RECIPIENT

Su cobertura de Medicaid o la de un miembro de su hogar puede cancelarse solo si:

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

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

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



Account #: [REDACTED]

- usted o el miembro de su hogar ya no son elegibles para cobertura asequible; o
- se detecta información falsa en la solicitud.

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. Llame al (855) 712-9158 o visite www.HealthSourceRI.com para obtener más información.

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 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).

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

