

public benefits

for low-income individuals and families
applying for and using
public benefit programs

medicaid

Center for
Benefits and
Services

Community
Service
Society | Fighting Poverty
Strengthening
New York

The Community Service Society of New York, a non-partisan social services agency, has been in the forefront of the fight against poverty for over 150 years. It has pioneered programs for school children, low-income tenants, health care patients, immigrants and poor people of every color and race throughout its history. At the midway point of its second century, CSS continues to do research on the causes and solutions to poverty-induced problems and to provide needy people with direct emergency help. Using advocacy and court challenges, CSS works to effect societal changes to improve the lives of those in poverty and empower them to provide better conditions for their children and communities.

Part of CSS, the Center for benefits and Services (CBS) is a single source for social service providers for information, training, and expert case assistance on the full range of government benefit and subsidized housing programs. The Center provides training on government benefits, telephone consultations to service providers, direct assistance to the general public and publications, including the *PBRC Manual*, a comprehensive guide to government benefit programs.

Community Service Society of New York
105 East 22nd Street
New York, NY 10010
www.cssny.org

Medicaid

PUBLIC BENEFITS RESOURCE CENTER

UN PROGRAMA DEL COMMUNITY SERVICE SOCIETY

Written by Vincent Tancredi
former Director of HRA's Office of
Medicaid Eligibility Information

Edited by Santa Soriano
Benefits Training and Technical Assistance Specialist

Can be copied without CSS permission

La publicación de este folleto fue hecha posible con la fundación de financiamiento de
Booth Ferris Foundation



Last Updated: junio 2008

Medicaid Comunitario

¿Que es Medicaid?

Medicaid es un programa del gobierno que le ayuda a pagar la atención médica. Si usted cumple con los requisitos, Medicaid pagará las siguientes facturas por atención médica:

- Visitas al médico y al dentista
- Atención en el hospital
- Medicamentos
- Servicios de planificación de la familia
- Atención del embarazo
- Atención de la vista y anteojos
- Audífonos
- Suministros médicos como muletas
- Atención médica para niños y adolescentes
- Atención médica domiciliaria
- Atención en un hogar de ancianos
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Transporte a las citas médicas



¿Quién dirige el programa de Medicaid?

Medicaid es un programa del gobierno local, estatal y federal. En el estado de Nueva York, está bajo la jurisdicción del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. En la ciudad de Nueva York, la Administración de Recursos Humanos (HRA) local lo administra a través de su Programa de Asistencia Médica (Medical Assistance Program, MAP). El MAP determina si usted es elegible o no para recibir los beneficios de Medicaid.

¿Cómo uso a Medicaid?

Cada miembro de su familia que se determine es elegible para recibir los beneficios de Medicaid recibirá una tarjeta de beneficios. Usted puede usar esta tarjeta de beneficios para ver a los médicos, dentistas o para obtener los servicios médicos que se listan más arriba. Sin embargo, solamente puede ver a médicos, farmacias y otros servicios médicos que aceptan Medicaid. Use la tarjeta de beneficios como una tarjeta de crédito. Los proveedores de Medicaid verificarán la tarjeta para asegurarse que usted es elegible para recibir los beneficios de Medicaid antes de proporcionar el servicio. También es posible que tenga que pagar una cantidad mínima requerida, llamado un copago, por algunos de los servicios de Medicaid.

¿Tengo que unirme a un plan de salud?

Eso depende. La mayoría de los recipientes de Medicaid que viven en la Ciudad de Nueva York deben inscribirse a un plan de salud. Los solicitantes de Medicaid se inscribieron en un plan durante el proceso de la aplicación, o cuando ellos son llamados a certificar para el Medicaid.

¿Cómo funciona el programa de atención médica coordinada (Managed Care)?

Según el plan de salud que usted elige un médico personal, que se convierte en su médico de cabecera. El médico le proporcionará la atención médica o, de ser necesario, le enviará a un especialista. Si el plan no cubre servicios tales como recetas o atención dental, usted puede usar la tarjeta de beneficios para recibirlos fuera del plan de salud.

¿Tengo que pagar copagos u otros honorarios si me inscribo en un plan de atención administrada?

No. Uno de los beneficios de inscribirse en un plan de salud que usted no tendrá que pagar ningún copago ni otros honorarios.

¿Estoy exento de inscribirme en el Plan de Salud?

Usted puede estar exento de inscribirse en el plan de salud. O sea, tendrá la opción sobre si desea inscribirse o no. Usted está exento si recibe Ingreso Suplementario de Seguro, o beneficios por incapacidad de la Seguro Social (durante el primer año de la inscripción obligatoria solamente), sufre de una infección del VIH, tiene una enfermedad mental seria, los desaparecidos sin hogar, participa en un programa residencial por uso de drogas o alcohol a largo plazo, está embarazada y recibe la atención prenatal de un proveedor que no forma parte del plan, o vive en una institución para retardados mentales.

¿Existe alguna razón que podrían exceptuarme de la inscripción en un Plan de Salud?

Sí. Si usted recibe un formulario de inscripción de Medicaid, deberá leerlo detenidamente para ver si está exento de la inscripción. Si usted cumple con la exención y no desea inscribirse, llame a la línea telefónica de Medicaid Choice al **(888) 329-1467** y solicite un formulario de exención. Complételo y envíelo por correo a Medicaid.

¿Estoy excluido de inscribirme en el Plan de Salud?

Usted queda excluido si vive en un hogar de ancianos, institución psiquiátrica, o institución de atención familiar, recibe Medicare y Medicaid, si recibe Medicaid a través de un programa de ingreso excesivo, si vive con una familia de crianza (foster care) o si recibe atención en un hospicio.

¿Existe alguna otra razón que podrían exceptuarme de la inscripción en un Plan de Salud?

Sí. Llame a la línea telefónica de Medicaid Choice al **(888) 329-1467** para averiguar si usted cumple con la exclusión. Si usted cumple con una exclusión, no podrá recibir un paquete. Sin embargo, si usted recibe un paquete, llame a la línea telefónica de Medicaid Choice y siga con sus instrucciones.

¿Puedo cambiar mi Plan de Salud si no me gusta?

Sí, puede. Puede cambiarlo dentro de los primeros 90 días de la inscripción. Después del período de 90 días, no puede cambiar el plan durante otros 9 meses.

¿Cómo presento una queja sobre un Plan de Salud?

Si no le agrada la atención que recibe de su plan de salud, tiene el derecho a quejarse al plan. También puede quejarse ante el Departamento de Salud del estado de Nueva York llamando al **(800) 206-8125**.

¿Quién puede recibir Medicaid?

Usted puede recibir Medicaid si usted o miembros de su familia pasan ciertas pruebas de elegibilidad, llamadas criterios de elegibilidad. Estos criterios se explican a continuación.

¿Cuánto ingreso puedo recibir?

Usted debe tener un ingreso limitado. El ingreso es un pago repetido de alguna fuente de ingreso, tal como un salario, seguro social, una pensión, seguro de desempleo, beneficios por incapacidad, intereses bancarios, etc. Medicaid cuenta la mayoría, pero no todo el ingreso que usted pueda tener. Medicaid suma todo su ingreso de todas las fuentes y luego resta ciertas deducciones tales como gastos relacionados con su trabajo, primas del seguro u otras deducciones para calcular su ingreso mensual neto.

Después de que la encargada de Medicaid calcule su ingreso mensual neto, lo va a comparar con los límites de ingresos permitidos por Medicaid.

¿Qué pasa si excedo los límites de ingreso?

Si usted excede los límites de ingreso, es posible que no sea elegible para recibir Medicaid, a menos que cumpla con los requisitos bajo el Programa de Ingreso Excesivo. **Vea el folleto, Programa de Ingreso Excesivo de Medicaid.** Además, si usted no cumple los requisitos bajo el programa de Medicaid, es posible que usted sea elegible para el programa de Family Health Plus. **Vea el folleto, Family Health Plus.**

¿Cuáles son los límites de ingreso?

Los límites de ingreso que Medicaid usa para decidir su elegibilidad, dependerán del tamaño de su familia y de su grupo de cobertura. Su grupo de cobertura puede ser uno de los siguientes: anciano, ciego, incapacitado, si tiene hijos o no, si usted es un niño, su edad. Cada grupo de cobertura tiene límites de ingresos diferentes. Esto quiere decir que, dependiendo de su ingreso mensual neto algunos de los miembros de su familia podría cumplir con los beneficios del programa Medicaid mientras que otros miembros de su familia no.

¿Cuáles son los niveles de ingreso si soy ciego, anciano o incapacitado o atiendo a un niño menor de 21 años?

<i>Número de personas en la familia</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Cada miembro adicional</i>
<i>Ingreso mensual neto</i>	\$725	1,067	1,234	1,392	1,550	1,709	+159

¿Cuáles son los niveles de ingreso si estoy embarazada o tengo un niño menor de 1 año?

Si está embarazada o tiene un niño de 18 años o menos, la norma de ingreso de Medicaid para su grupo de cobertura es más alta que para los niveles de ingreso regular, listados anteriormente. Además, si usted está

embarazada, cuenta por dos. Por ejemplo, si usted está embarazada y tiene otro niño, el tamaño de su familia es 3.

En el año 2008, los niveles de ingreso mensual neto expandidos de Medicaid para las mujeres embarazadas y niños menores de un año son:

<i>Número de personas en la familia</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Cada miembro adicional</i>
<i>Ingreso mensual neto</i>	\$1,734	2,334	2,934	3,534	4,134	4,734	+600

¿Cuáles son los niveles de ingreso si tengo niños de 1 a 5 años de edad?

<i>Número de personas en la familia</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Cada miembro adicional</i>
<i>Ingreso mensual neto</i>	\$1,153	1,552	1,951	2,350	2,749	3,148	+399

¿Cuáles son los niveles de ingreso si tengo niños de 6 a 18 años de edad?

<i>Número de personas en la familia</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Cada miembro adicional</i>
<i>Ingreso mensual neto</i>	\$ 867	1,167	1,467	1,767	2,067	2,367	+300

¿Cuáles son los niveles de ingreso si soy una persona soltera o una pareja sin niños menores de 21 años?

<i>Número de personas en la familia</i>	1	2	3	4	5	6	<i>Cada miembro adicional</i>
<i>Ingreso mensual neto</i>	\$673	840	999	1,160	1,326	1,448	+95

¿Qué es el apoyo en especie?

El apoyo en especie no es efectivo, en cambio son mercaderías o servicios que alguna persona le entrega que puede usar para comprar comida, albergue o ropa. Así, una bolsa de comestibles, un abrigo de invierno, una entrega de combustible para la calefacción o una cuerda de leña, alguien que paga su alquiler o facturas de servicios públicos, todas serían consideradas ayuda en especie.

¿Cuenta Medicaid el apoyo en especie?

No, Medicaid no cuenta el apoyo en especie. Si alguna persona le ayuda dándole dinero en efectivo cada mes para ayudarlo a pagar sus gastos de vida, sería mejor que les pida que paguen su factura en su nombre. Por ejemplo, puede pedirles que paguen el alquiler o los servicios públicos directamente, luego Medicaid no lo contará como ingreso.



¿De cuántos recursos puedo ser dueño?

Usted debe tener recursos limitados. Los recursos son activos o posesiones de las que usted es dueño o es dueño parcial. Algunos ejemplos incluyen una vivienda, un automóvil, pólizas de seguro de vida, cajas de ahorro o cuentas corrientes, depósitos a plazo fijo o cuentas de retiro. Esta lista no es completa. Medicaid cuenta sus recursos según el primer día del mes.

¿Cuál es el monto máximo de recursos de los que puedo ser dueño?

El monto máximo de recursos que puede tener depende de su grupo de cobertura.

¿Cuáles son los niveles de recursos si soy ciego, anciano o incapacitado o atiendo a un niño menor de 21 años?

Número de personas en la familia	1	2	3	4	5	6	Cada miembro adicional
Recursos máximos	\$13,050	19,200	22,200	25,050	27,900	30,750	+2,850

¿Cuáles son los niveles de recursos si estoy embarazada o tengo un niño menor de 18 años?

Si usted está embarazada o tiene un niño menor de 18 años, no hay límites para los recursos.

¿Cuáles son los niveles de recursos si soy una persona soltera o una pareja sin niños menores de 21 años?

Número de personas en la familia	1	2	3	4	5	6	Cada miembro adicional
Recursos máximos	\$13,050	19,200	22,200	25,050	27,900	30,750	+2,850

¿Qué clase de recursos cuenta Medicaid?

- cualquier propiedad de la que sea dueño, si no vive en ella como su residencia principal
- fondos en cuentas bancarias, cuentas de acciones, bonos u otros instrumentos financieros que se pueden fácilmente convertir en efectivo y que exceden el límite correspondiente de recursos.
- todo el dinero en una cuenta bancaria conjunta, a menos que usted pueda demostrar que pertenece a otra persona
- joyas u otros bienes que tienen valor inherente si fueran vendidos.



¿Hay recursos que Medicaid no cuenta?

Hay algunos tipos de recursos que Medicaid no cuenta cuando determinan su elegibilidad. Esta no es una lista completa, pero le brindará una idea de lo que no se cuenta según las normas.

- el hogar que usted posee mientras usted vive allí, puede ser una casa, un condominio, o una cooperativa
- mercaderías personales o familiares: muebles, utensilios de cocina, ropa, televisión, equipo estereofónico y otros equipos y artefactos domésticos
- un anillo de casamiento o compromiso

- Fondos de entierro de hasta \$1,500 más cualquier interés, o una póliza de seguro de vida con un valor en efectivo que no excede \$1,500, si usted es ciego, anciano o incapacitado
- una parcela para el entierro de cada miembro de la familia
- un automóvil de cualquier valor si usted es anciano o tiene una incapacidad, o un auto por valor de hasta \$4,650 para otras categorías.
- herramientas u otros equipos usados para trabajar

¿Dónde debo vivir?

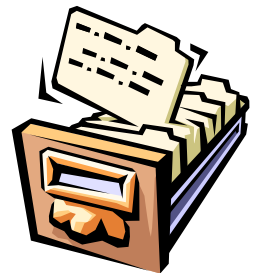
Debe vivir en el estado de Nueva York. Usted no tiene que haber vivido aquí durante ningún período de tiempo en especial para ser elegible para recibir Medicaid.

¿Debo ser ciudadano de Estados Unidos?

No, puede ser un inmigrante y todavía recibir Medicaid.

¿Son todos los inmigrantes elegibles para Medicaid?

Ahora la mayor parte de los inmigrantes es elegible para el Medicaid, aunque existen algunas limitaciones. Entre los individuos elegibles, están las siguientes personas:



- Todos los ciudadanos de los Estados Unidos, incluyendo los ciudadanos naturalizados, sin importar cuándo estos obtuvieron su ciudadanía.
- Tanto los inmigrantes legales (incluyendo los que entraron al país en, o después de, Agosto 22 de 1996), como también los que están viviendo en los Estados Unidos bajo consentimiento especial de la ley (condición designada con las iniciales “PRUCOL”, en inglés). A partir del 1 de Junio de 2001, el Estado de Nueva York ha extendido el derecho al Medicaid a estas personas.

¿Qué es “PRUCOL”?

Por sus iniciales, PRUCOL significa *Persons Residing Under the Color of Law* (o “Personas que Residen bajo el Color de la Ley”). Esta condición se

aplica a cualquiera que esté viviendo en los Estados Unidos con el conocimiento y permiso del INS (Servicio de Inmigración y Naturalización) y a quien el INS no esté intentando desalojar de los Estados Unidos.

¿Qué pasa si estoy indocumentada y embarazada?

En la actualidad, Medicaid asiste a las mujeres indocumentadas con la cobertura prenatal.

¿Qué pasa si no califico para Medicaid a causa de mi situación como inmigrante, y se me presenta una emergencia médica?

Si usted es indocumentado, si es estudiante o está de visita, aún puede calificar para el Medicaid. Debe llenar los requisitos económicos del Medicaid y tener una condición de emergencia médica. Pero un doctor es el único que puede decidir si usted tiene una emergencia médica o no; Medicaid no siempre considera que entrar a un hospital por la sala de emergencia equivale a una emergencia médica. El doctor que le atendió a usted en el hospital debe llenar una planilla llamada *Certification of Treatment of Emergency Medical Condition*, (o “Certificación de Tratamiento de Condición Médica de Emergencia”). Usted deberá traer este documento a su oficina local de Medicaid, cuando usted vaya a solicitar ingreso al Medicaid.

¿Debo tener trabajo?

No tiene que tener trabajo para cumplir con los requisitos de Medicaid. Si recibe Asistencia Pública y pierde sus beneficios debido a que no se presentó a trabajar, no deberá perder sus beneficios de Medicaid.



¿Cómo presento una solicitud para Medicaid?

Usted puede solicitar Medicaid de varias maneras. Si usted es elegible para recibir Asistencia Pública o SSI también será elegible automáticamente para recibir Medicaid sin solicitarlo por separado. Sin embargo, también podría ser elegible para recibir Medicaid aunque usted no cumpla con los beneficios del SSI o Asistencia Pública.

¿Adónde debo dirigirme para presentar una solicitud?

Hay cuatro puntos de ingreso diferentes, dependiendo de sus circunstancias. Son los siguientes:

- Puede presentar una solicitud en cualquiera de las oficinas de Medicaid en cada distrito. Llame a la línea de información del HRA al **(877) 472-8411** para contactar a la oficina de Medicaid más cercana.
- Si usted es un paciente en un hospital u hogar de ancianos, la oficina administrativa del hospital u hogar de ancianos le ayudará a presentar la solicitud.
- Si usted está imposibilitado de salir de su casa, puede llamar al **(877) 472-8411** para solicitar una visita domiciliaria o también puede solicitar que un pariente o amigo solicite los beneficios en su nombre en una oficina de Medicaid.
- Si desea solicitar servicios de atención domiciliaria, puede presentar la solicitud llamando a la oficina de CASA. Llame a la línea de información del HRA al **(877) 472-8411** para determinar en qué oficina de CASA deberá presentar la solicitud.

¿Qué documentos debo presentar?

Usted debe poder demostrar toda la información que usted presentó en la solicitud, incluyendo prueba de su identidad, prueba de su ingreso, prueba de sus recursos, prueba de su residencia, prueba de su edad, incapacidad o ceguera, prueba del estado de ciudadano/situación inmigratoria. Medicaid le entregará una lista de verificación de los requisitos de documentación. Medicaid generalmente aceptará los siguientes documentos:

- Prueba de su identidad
- Licencia de conductor
- Identificación con foto
- Certificado de nacimiento
- Prueba de su ingreso
 - Talón de las últimas cuatro semanas
 - Cartas de otorgamiento de otros beneficios

- Prueba de sus recursos
 - Estados de cuentas de ahorro o cuentas corrientes
 - Estados de cuentas corrientes de los últimos dos meses
- Prueba de residencia
 - Recibo de alquiler
 - Factura reciente de servicios públicos
 - Arrendamiento
- Prueba de ciudadanía
 - Pasaporte de EE.UU.
 - Papelería de su ciudadanía
 - Documentación del Servicio de Inmigración y Naturalización
- Prueba del Número del Seguro Social
- Prueba de su incapacidad
 - Carta de reconocimiento de incapacidad por el del Seguro Social
 - Formularios de incapacidad completados DSS 486 y DSS 1151

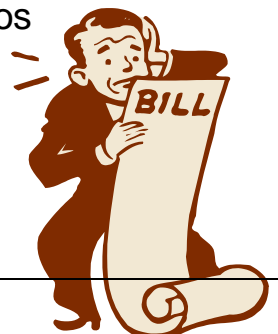


¿Qué ocurre durante el proceso de la solicitud?

Usted o su representante debe participar en una entrevista cara a cara con un especialista en elegibilidad de Medicaid en la oficina de Medicaid. Ellos deberán analizar su solicitud y sus documentos. Le realizarán preguntas sobre su ingreso y recursos. Según la información y documentación que usted les entrega, determinarán si usted es elegible para recibir Medicaid o no. La encargada de Medicaid luego decidirá si usted cumple con los requisitos.

¿Cómo y cuándo sabré si he sido aceptado?

Se le notificará por escrito sobre si su caso ha sido aceptado o rechazado. Medicaid tiene 45 días para tomar una decisión si usted es un caso de familia o es ciego. Si usted reclama una incapacidad y ha presentado los formularios de incapacidad a Medicaid, Medicaid tiene 90 días para tomar una decisión. Usted recibirá una notificación escrita de Medicaid que le indicará si es elegible o no. Si usted no cumple con los requisitos porque su ingreso es más alto de lo que Medicaid permite, todavía podría cumplir los requisitos bajo el Programa de



Ingreso Excesivo. Vea el folleto sobre el *Programa de Ingreso Excesivo de Medicaid*.

¿Cubrirá Medicaid alguna de mis facturas médicas viejas?

En el momento de su solicitud, Medicaid solamente puede pagar las facturas médicas que tengan hasta tres meses de antigüedad, si usted cumple con todos los criterios de elegibilidad de Medicaid durante dichos tres meses. Presente estas facturas a la oficina de Medicaid cuando presenta la solicitud ante Medicaid por primera vez.

¿Cómo hago para mantener Medicaid?

Tiene que continuar demostrando que usted cumple todos los criterios de elegibilidad inclusive después de que se le apruebe por primera vez. Este proceso se conoce como recertificación.

¿Cada cuánto tiempo debo recertificar?

Después de ser elegible para Medicaid, debe recertificar por lo menos una vez por año para mantener sus beneficios de Medicaid.

¿Cómo sabré cuándo recertificar?

Aproximadamente 75 a 90 días antes de que terminen sus beneficios de Medicaid recibirá una notificación por correo.

¿Qué debo hacer durante el proceso de recertificación?

Si usted no recibe SSI ni Asistencia Pública, cuidado a domicilio, o si no recibe asistencia por ceguera, incapacidad, o edad, debe completar y firmar la planilla de *Medicaid/Family Health Plus* llamada *Mail Renewal Notification* (Notificación para Renovar por Correo), además de la planilla llamada *Terms, Rights and Responsibilities* (Términos, Derechos y Responsabilidades). Devuelva ambas en el sobre con franqueo pagado para la fecha que indica la planilla. Esta planilla ya incluye la información que MAP tiene actualmente sobre su hogar, como el número de personas, los ingresos, el tipo de residencia, etc. Usted debe indicar cualquier cambio en esta planilla.

¿Necesitaré mandar documentos?

Si no ha habido cambios, los únicos documentos que necesitará mandar tienen que dar prueba de sus ingresos. Sin embargo, si ha habido cambios, usted debe documentar dichos cambios. MAP incluirá una guía de documentación en su paquete de recertificación. El único cambio que usted no necesita documentar es un cambio en sus recursos. Si ha habido cambio en sus recursos, usted sólo tiene que escribirlo; no tiene que documentar este cambio. Sin embargo, si MAP descubre que lo que usted ha escrito no es cierto, habrá una investigación.

¿Qué pasa si no mando todos los documentos que debo mandar?

Si usted no manda todos los documentos que debe mandar, MAP no tomará ninguna acción durante dos semanas. MAP también le enviará un aviso informándole cuáles documentos le faltan por entregar.

¿Qué pasa si recibo SSI o Asistencia Pública?

Si usted recibe SSI o Asistencia Pública, obtendrá su recertificación para Medicaid al mismo tiempo que le recertifiquen para SSI o Asistencia Pública.

¿Qué pasa si recibo cuidado a domicilio?

El encargado de su caso (el trabajador social del Programa de Cuidado a Domicilio) le hará la recertificación durante una visita a su casa.

¿Qué pasa si soy ciego, incapacitado, o anciano?

Se le hará la recertificación una vez al año, mediante un proceso a través del correo.

¿Cuáles son mis derechos?

Casi en cualquier momento en que HRA toma una decisión sobre su caso, deben enviarle una notificación por escrito. Esto incluye cuándo desean aceptar su caso, rechazar su caso o cerrar su caso. En todos dichos casos, deben enviarle una notificación que describa lo que están por hacer y por qué. Usted tiene derechos formales e informales.

¿Cuáles son mis derechos informales?

Tiene el derecho de solicitar una conferencia informal para que se resuelva el problema. Para solicitar una conferencia: **(212) 630-0996**.

Para solicitar una conferencia por correo, puede escribir a:

Medical Assistance Programs
Medicaid Conference Unit
330 West 34th Street
New York, New York 10001



¿Cuáles son mis derechos formales?

Usted tiene el derecho a solicitar una audiencia equitativa dentro de los 60 días desde la fecha de su notificación. Para solicitar una audiencia equitativa, llame al: **(800) 342-3334**

Para solicitar por escrito una audiencia equitativa:

New York State OTDA
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201

Para solicitar por fax una audiencia equitativa: Número de fax:
(518) 473- 6735

Para solicitar por el internet:

www.otda.state.ny.us/oah/oahforms/erequestform.asp

¿Qué ocurre durante la audiencia equitativa?

Habrá un juez que trabaja para el estado, HRA enviará a alguna persona para que explique por qué creen que están haciendo lo correcto y usted tendrá la oportunidad de explicar por qué cree que están equivocados.

Cuando se prepara para una audiencia, usted deberá pensar sobre si hay documentación o testigos que pudieran ayudarle a ganar su caso. También puede tener a un abogado, asistente de abogado, asistente social o defensor comunitario o hasta un amigo, para que le ayude durante la audiencia.

¿Qué es continuación de la ayuda?

Si usted recibe Medicaid y se le envía por correo una notificación que indica que su Medicaid terminará, puede continuar recibiendo Medicaid si solicita una audiencia equitativa dentro de los 10 días de la fecha de su notificación.

Si pierdo la audiencia equitativa, ¿tendré que devolver a Medicaid los beneficios que recibí durante este período?

No.

¿A quién puedo contactar para recibir ayuda?

La línea telefónica gratis de información del HRA al **(877) 472-8411** para:

- Solicitudes para Medicaid
- Direcciones de las oficinas de Medicaid
- Reemplazo de tarjetas de Medicaid

Oficina de servicios para clientes de Medicaid: **(212) 273-0063**

Línea sobre la salud de la mujer: **(212) 230-1111** (todos los distritos) para la atención perinatal e información sobre planificación de la familia.

Servicios Legales, consulte las páginas amarillas en la sección “abogados” (Lawyers) o Ayuda Legal (Legal Aid) o Servicios Legales (Legal Services).

Consejeros de beneficios ACES de PBRC: **(212) 614-5552**.

Consiga un aplicación por el internet:

http://www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/pdf/4220_es.pdf

Instrucciones

http://www.health.state.ny.us/nysdoh/fhplus/pdf/4220i_es.pdf