



Formulario de renovación para la asistencia médica

[IF ABD or QMB+] Llegó el momento de renovar su cobertura de asistencia médica de **<type of medical assistance>**. Debe renovar su cobertura de asistencia médica al menos una vez al año. Para conservar su cobertura de asistencia médica debe completar y enviar este formulario de renovación y las copias de todos los documentos solicitados antes del **<RECERT DATE>**. A medida que complete este formulario, indíquenos cualquier cambio que haya ocurrido.

Si hay un cambio en sus beneficios, recibirá un aviso con una explicación al respecto. No se le pedirá que visite un centro de servicio. Sin embargo, es posible que nos comuniquemos con usted por teléfono o por correo si necesitamos más información para determinar su elegibilidad.

Lea y responda todas las preguntas del formulario. Lea la información sobre usted y cada persona en su grupo familiar o sobre su declaración de impuestos. Añada la información que falte. Si hubo cambios en alguna información, escriba la información correcta. Firme y envíe el formulario completo junto con todos los documentos solicitados por teléfono, fax o correo a District of Columbia (District) Department of Human Services (DHS), Economic Security Administration (ESA), Medicaid Branch, 5th FL, 645 H Street, NE, Washington, DC 20077-0555, o entréguelos en persona.

Si no envía este formulario de renovación completo junto con las copias de todos los documentos solicitados antes del **<RECERT DATE>**, perderá su cobertura de asistencia médica.

[IF KB] Llegó el momento de renovar la cobertura de Medicaid de su hijo(a). Debe renovar la cobertura de asistencia médica de su hijo(a) al menos una vez al año. Debe completar y entregar este formulario de renovación, los formularios sobre el nivel de atención y el plan de atención adjuntos, y las copias de todos los documentos solicitados (Plan de Educación Individualizada [IEP, en inglés]/Plan de Servicio Familiar Personalizado [IFSP, en inglés] y carta sobre la necesidad médica) antes del **<RECERT DATE>** para mantener la cobertura médica de su hijo(a). A medida que complete este formulario, indíquenos cualquier cambio que haya ocurrido.

Si hay un cambio en sus beneficios, recibirá un aviso con una explicación al respecto. No se le pedirá que visite un centro de servicio. Sin embargo, es posible que nos comuniquemos con usted por teléfono o por correo si necesitamos más información para determinar su elegibilidad.

Lea y responda todas las preguntas del formulario y asegúrese de ingresar lo siguiente: 1) los ingresos del padre/la madre y del hijo(a), 2) los bienes del hijo(a), 3) el estado de declaración de impuestos del grupo familiar y 4) cualquiera de los bienes transferidos del hijo(a). Lea la información sobre usted y cada persona en su grupo familiar o sobre su declaración de impuestos. Añada la información que falte. Si hubo cambios en alguna información, escriba la información actualizada. Firme y envíe el formulario completo junto con todos los documentos solicitados por teléfono, fax o correo a: Department of Human Services, Economic Security Administration, Medicaid Branch, 5th FL, 645 H Street, NE, Washington, DC 20077-0555, o entréguelos en persona.

Si no envía este formulario de renovación y las copias de todos los documentos solicitados antes del **<RECERT DATE>**, su hijo(a) perderá la cobertura de Medicaid.

[IF QMB Only] Es el momento de renovar su cobertura del programa Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB, en inglés). Debe completar y enviar este formulario de renovación para conservar la cobertura de las primas de las Partes A y B de Medicare y para los costos de gastos compartidos de Medicare (coseguro, copagos y deducibles) al menos una vez al año. Si no desea que se evalúe su perfil para otros programas de elegibilidad de Medicaid u otros programas de asequibilidad de seguros, solo debe completar las **secciones 1-5 y 8**. A medida que complete este formulario, indíquenos cualquier cambio que haya ocurrido.

Si hay un cambio en sus beneficios, recibirá un aviso con una explicación al respecto. No se le pedirá que visite un centro de servicio. Sin embargo, es posible que nos comuniquemos con usted por teléfono o por correo si necesitamos más información para determinar su elegibilidad.

Si desea que se evalúe su perfil para otros programas de elegibilidad de Medicaid y otros programas de asequibilidad de seguros, debe responder todas las preguntas del formulario.

Lea la información sobre usted y cada persona en su grupo familiar o sobre su declaración de impuestos. Añada la información que falte. Si hubo cambios en alguna información, escriba la información correcta. Firme y envíe el formulario completo junto con todos los documentos solicitados por teléfono, fax o correo a: Department of Human Services, Economic Security Administration, Medicaid Branch, 5th FL, 645 H Street, NE, Washington, DC 20077-0555, o entréguelos en persona.

Si no envía este formulario de renovación completo y las copias de todos los documentos solicitados antes del **<RECERT DATE>**, perderá su cobertura del programa QMB.

Si responde "Sí" a alguna de las preguntas más abajo, debe facilitarnos copias de los documentos que figuran en esa pregunta. Si necesitamos otros documentos que no figuran en este formulario, le enviaremos una carta por separado para solicitarlos.

[IF BCCP] Llegó el momento de renovar su cobertura del Programa de cáncer de mama y cuello uterino (BCCP, en inglés). Debe renovar su cobertura de asistencia médica al menos una vez al año. Para conservar su cobertura de asistencia médica debe completar y enviar este formulario de renovación y las copias de todos los documentos solicitados antes del **<RECERT DATE>**. Si no desea que se evalúe su perfil para otros programas de elegibilidad de Medicaid u otros programas de asequibilidad de seguros, no debe completar las **secciones 6, 7 o 9**. A medida que complete este formulario, indíquenos cualquier cambio que haya ocurrido.

Si hay un cambio en sus beneficios, recibirá un aviso con una explicación al respecto. No se le pedirá que visite un centro de servicio. Sin embargo, es posible que nos comuniquemos con usted por teléfono o por correo si necesitamos más información para determinar su elegibilidad.

Si desea que se evalúe su perfil para otros programas de elegibilidad de Medicaid y otros programas de asequibilidad de seguros, debe responder todas las preguntas del formulario.

Lea la información sobre usted y cada persona en su grupo familiar o sobre su declaración de impuestos. Añada la información que falte. Si hubo cambios en alguna información, escriba la información correcta. Firme y envíe el formulario completo junto con todos los documentos solicitados por teléfono, fax o

correo a: Department of Human Services, Economic Security Administration, Medicaid Branch, 5th FL, 645 H Street, NE, Washington, DC 20077-0555, o entréguelos en persona.

Si no envía este formulario de renovación completo y las copias de todos los documentos solicitados antes del **<RECERT DATE>**, perderá su cobertura del programa BCC.

Si responde "Sí" a alguna de las preguntas más abajo, debe facilitarnos copias de los documentos que figuran en esa pregunta. Si necesitamos otros documentos que no figuran en este formulario, le enviaremos una carta por separado para solicitarlos.

Complete las siguientes secciones para brindarnos su información actualizada.

1 Integrantes del grupo familiar

A continuación se enumeran las personas que viven con usted según nuestros registros. Marque "Sí" o "No" para indicar si la persona aún vive con usted. Si alguna de las personas en la lista ya no es integrante del grupo familiar, ingrese la fecha en que se fue.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	¿Todavía vive en su grupo familiar?	Fecha en que se fue, si lo sabe
<Household Member 1 First Name>	<Household Member 1 Last Name>	<DOB>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<Household Member N First Name>	<Household Member N Last Name>	<DOB>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Hay nuevos integrantes en su grupo familiar que no figuran en la lista anterior? Sí No

¿A los nuevos integrantes les gustaría solicitar cobertura? Sí No

Si la respuesta es "Sí", se enviará una solicitud por correo a la dirección que figura en nuestros registros para que los nuevos integrantes de su grupo familiar puedan solicitar la cobertura.

2 Información de contacto

A continuación figura la información de contacto que tenemos en nuestros registros sobre usted.

Teléfono celular: <Cell Phone number>	Teléfono particular: <Home number>	Teléfono laboral: <Work Number>
¿Es correcto este número? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es correcto este número? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es correcto este número? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es "No", actualice su información de contacto a continuación:		
Teléfono celular:	Teléfono particular:	Teléfono laboral:

Dirección que tenemos registrada sobre usted y su grupo familiar:		
Dirección: <Address>		
Ciudad: <City>	Estado: <State>	Código postal: <Zip Code>

¿Tiene una nueva dirección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es su nueva dirección?	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

3

Preguntas generales sobre el grupo familiar

¿Es dueño de su casa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la dirección (si es diferente a la que se indicó antes)?		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

4

[If Under 65] Estado de declaración de impuestos

Verifique el estado de declaración de impuestos de cada integrante de su grupo familiar a continuación.

Nombre completo	¿Esta persona declarará impuestos sobre la renta el próximo año?		Indique el nombre del cónyuge si presenta una declaración conjunta.	Enumere a cualquier persona que pueda reclamarlo como dependiente.	Indique todas las personas a las que pueda reclamar como dependientes.
<member 1_full_name>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
<member N_full_name>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			

5

Ingresos

Verifique las fuentes de ingresos a continuación e indique una fecha de finalización si este ingreso ha terminado. Adjunte comprobantes, como una carta de la fuente de ingresos.

Fuente de ingresos	Quién recibe los ingresos	Tipo específico de ingresos	Monto antes de impuestos	Frecuencia con que se reciben	Fecha de finalización de los ingresos
<Source_of_income 1>	<income_owner_full_name 1>	<income_type 1>	\$<amnt 1>	<frequency 1>	
<Source_of_income N>	<income_owner_full_name N>	<income_type N>	\$<amnt N>	<frequency N>	

Enumere las fuentes de ingresos adicionales que no figuran en la lista anterior con una fecha de finalización si esos ingresos han terminado. Si necesita más espacio puede adjuntar una hoja aparte. Ejemplos de fuentes de ingresos: jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés), beneficios para veteranos, jubilación de empleados ferroviarios, beneficios de administración pública, intereses/dividendos, seguro, derechos sobre minerales/arrendamientos petroleros, beneficios por desempleo, indemnización por accidente o enfermedad, empleo, ingresos agrícolas, empleo autónomo, ingresos de alquiler, contribuciones de familiares/amigos, ingresos de fideicomisos o anualidades.

Fuente de ingresos	Quién recibe los ingresos	Monto antes de impuestos	Frecuencia con que se reciben	Fecha de inicio de los ingresos	Fecha de finalización de los ingresos
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			

6

Bienes

A continuación se enumeran sus bienes que tenemos registrados.

Tipo de recurso	Propietario(s)	Valor \$
[assets_type]	[assets owner_name]	#[asset_val]

Si usted o su cónyuge obtuvieron otros bienes que no se encuentran en la lista anterior, complete la tabla a continuación y adjunte los comprobantes. Ejemplos de recursos: efectivo, cuenta corriente, cuenta de ahorros, certificados de depósito, pagarés, bienes inmuebles (terreno, casa, propiedad de alquiler, etc.), fondo fiduciario, IRA, fondo de inversión mutua, hipotecas, acciones o bonos, seguro de vida, seguro de fondos para entierro, parcela para entierro, etc.

Tipo de recurso	Fecha de obtención	Ubicación (dirección, banco, compañía de seguros, agencia de corredores, etc.)	Propietario(s)	Valor \$
				\$
				\$
				\$

7

Vehículos

A continuación se enumeran sus vehículos que tenemos registrados.

Marca	Modelo	Año	Valor	Monto adeudado	Propietario(s)
<car_make 1>	<car_model 1>	<car_year 1>	\$(car_value 1)	\$(car_owed_amnt 1)	<Car_owner_name 1>
<car_make N>	<car_model N>	<car_year N>	\$(car_value N)	\$(car_owed_amnt N)	<Car_owner_name N>

Si usted o su cónyuge poseen un automóvil, una camioneta, una motocicleta, un bote, un camión u otro vehículo que no figure en la lista anterior, complete la siguiente información sobre cada vehículo (si es necesario, adjunte páginas adicionales).

Marca	Modelo	Año	Valor	Monto adeudado	Propietario(s)

8

Seguro médico

A continuación se enumera la información sobre seguro médico que tenemos registrada sobre usted.

Nombre de la compañía de seguros médicos	¿Quién está asegurado?	Tipo de seguro	Fecha de inicio y finalización MM/DD/AA – MM/DD/AA	Monto

<health_insurance_comp_name 1>	<insurance_owner 1>	<coverage_type 1>	<insurance_start_end_date 1>	<insurance_amount 1>
<health_insurance_comp_name N>	<insurance_owner N>	<coverage_type N>	<insurance_start_end_date N>	<insurance_amount N>

¿Tiene Medicare? Sí No Medicare A B

¿Su cónyuge tiene Medicare? Sí No Medicare A B

¿Tiene otro seguro médico? Sí No

¿Su cónyuge tiene otro seguro médico? Sí No

Si usted, su cónyuge o alguien más de su grupo familiar tiene otro seguro de médico aparte de Medicare, indique la siguiente información y adjunte copias (anverso y reverso) de las tarjetas de Medicare y del otro seguro.

Nombre de la compañía de seguros médicos	¿Quién está asegurado?	Tipo de seguro	Fecha de inicio y finalización MM/DD/AA – MM/DD/AA	N.º de póliza o reclamo	Monto
					\$
					\$
					\$
					\$

9

Gastos médicos

A continuación se enumeran los gastos médicos que tenemos registrados sobre usted.

Nombre de la persona que paga este gasto	Tipo de gasto	Fecha de inicio del gasto	Monto pagado	¿Con qué frecuencia se paga?
<Medical_expense_payer 1>	<Medical_expense_type 1>	<Start date_Medical_expense 1>	<Medical_expense_amount 1>	<Medical_expense_frequency 1>
<Medical_expense_payer N>	<Medical_expense_type N>	<Start date_Medical_expense N>	<Medical_expense_amount N>	<Medical_expense_frequency N>

Si tiene nuevos gastos médicos que no están incluidos arriba, complete la siguiente información sobre cada gasto médico.

Nombre de la persona que paga este gasto	Tipo de gasto	Fecha de inicio del gasto	Monto pagado	¿Con qué frecuencia se paga?
			\$	
			\$	
			\$	

10

Gasto por cuidar a otros

A continuación se enumeran los gastos por cuidar a otros que tenemos registrados sobre usted.

Monto pagado	¿Con qué frecuencia se paga?
\$<care_amount 1>	<care_amount _frequency 1>
\$<care_amount N>	<care_amount _frequency N>

Los gastos del cuidado de dependientes son pagos por cuidar a alguien de su grupo familiar que depende de sus ingresos, como niños o adultos de 60 años o más, o una persona con una discapacidad. Pagar este gasto permite que alguien del grupo familiar trabaje, busque trabajo o asista a la escuela o a un curso de capacitación. No es obligatorio, pero puede informar cambios en sus gastos por cuidar a otros.

Ejemplo: gastos por manutención infantil, pensión alimentaria, cuidado infantil o cuidado de adultos.

Nombre de la persona que paga este gasto	Nombre de la persona quien se le paga	Monto pagado	¿Con qué frecuencia se paga?
		\$	
		\$	

LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE FIRMAR ESTA SOLICITUD

- Al firmar más abajo autorizo al Departamento de Servicios Humanos (DHS, en inglés) del DC a obtener información acerca de mí y mi cónyuge. El DHS podrá obtener esta información de funcionarios o instituciones que estén al tanto de mi situación. Autorizo a todas estas partes a brindar información acerca de mí al DHS. He leído cuidadosamente la información que he ingresado en mi solicitud y considero que toda la información incluida es verdadera y precisa. Estoy consciente de que brindar información falsa es un delito sancionado por ley y que podría enfrentar sanciones y acciones penales. Estoy consciente de que esta información será verificada por funcionarios estatales y federales, y me comprometo a colaborar y cooperar con las posibles investigaciones que realicen.
- Al firmar más abajo, entiendo que el Gobierno del Distrito de Columbia (Distrito) puede solicitar la recuperación de todas las facturas que haya pagado Medicaid en mi nombre, incluidos servicios de hogar para personas mayores, exención o aquellos prestados en otras instituciones médicas.
- Al firmar más abajo, confirmo que he leído mis derechos y responsabilidades adjuntos a este formulario de renovación. Comprendo mis responsabilidades y acepto cooperar como sea necesario.
- Al firmar más abajo, entiendo que si mi cónyuge o yo compramos una anualidad el 8 de febrero de 2006 o después de esa fecha, y recibo servicios de atención a largo plazo, se debe designar al Distrito de Columbia como beneficiario restante de la anualidad en virtud de la prestación de asistencia médica relacionada con los servicios de atención a largo plazo.
- Representante(s) autorizado(s): Si el solicitante no puede firmar este formulario, usted puede firmarlo en su representación. Al firmar, certifica que esta persona desea renovar los beneficios y está de acuerdo con las condiciones anteriores.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____

Apéndice A: Aviso de derechos y responsabilidades

Reglas generales

Debe proporcionar información completa y verdadera. Podría perder sus beneficios si miente o si brinda información falsa. También podría recibir una multa e incluso ser enviado a la cárcel. Es posible que verifiquemos su información para asegurarnos de que sea correcta. Podríamos revisar sus ingresos, su información del Seguro Social y de inmigración. Verificaremos esta información a través de programas de cotejo electrónico. Podríamos también hacerle una entrevista y una visita domiciliaria.

Puede designar a alguien como su representante autorizado. De esa manera, su representante tendrá la autoridad para presentar la solicitud en su nombre. Si designa a alguien para que sea su representante autorizado, la agencia enviará copias de los avisos que se le envíen a usted a ese representante. El representante también podrá enviar verificaciones en su nombre.

Se podría seleccionar su caso para una revisión de control de calidad, que consiste en una revisión detallada de toda la información y podría incluir algunas entrevistas en persona y una revisión de su historia clínica. Al presentar su solicitud acepta cooperar con los revisores estatales o federales. Si se rehúsa a cooperar, podría perder sus beneficios de manera total o parcial. Si está siendo investigado o es un prófugo de la justicia, podremos compartir su información con las autoridades federales y locales.

De conformidad con la ley federal y del Distrito, si solicita Medicaid debe brindar su número del Seguro Social (SSN, en inglés) (si tiene uno). (Véase la sección 435.910 del título 42 del Código de Regulaciones Federales). Su SSN se usará para verificar su identidad, evitar la doble recepción de beneficios y hacer los cambios necesarios del programa. El sistema informático del Departamento de Servicios Humanos (DHS) utiliza su SSN para verificar sus ingresos usando los registros del Servicio de Impuestos Internos, la Administración del Seguro Social y la División de Servicios de Manutención Infantil del DC (CSSD, en inglés).

Normas para la asistencia médica

Después de enviar su solicitud completa a la Administración de Seguridad Económica (ESA, en inglés) del Departamento de Servicios Humanos (DHS) del Distrito de Columbia, recibirá una decisión sobre su asistencia médica dentro de los 45 días (o 60 días, si el DHS debe determinar si usted tiene una discapacidad). Si no recibe un aviso dentro de este plazo, llame a la sucursal de DC Medicaid al (202) 698-4220 o al Centro de Cambios al (202) 727-5355.

Información sobre reembolsos de gastos por cuenta propia:

Si pagó recetas de medicamentos, citas médicas u hospitalizaciones durante un periodo en el que era elegible para los servicios de Medicaid, es posible que se le reembolsen esos gastos.

REQUISITOS: Puede calificar para un reembolso si durante un periodo de tiempo usted o algún integrante de su familia eran elegibles para los servicios de Medicaid, y:

- a. pagó recetas de medicamentos, citas médicas u hospitalizaciones; o
- b. todavía está pagando una factura o una farmacia, una clínica, un médico o un hospital le pide que pague una factura por recetas de medicamentos, citas médicas u hospitalizaciones.

Si considera que tiene derecho a un reembolso, debe solicitarlo dentro de los seis (6) meses de la fecha en que fue a la farmacia, la clínica, al médico o al hospital, o dentro de los seis (6) meses de la fecha en que se enteró que era elegible para Medicaid, lo que sea posterior.

Debe completar y presentar un formulario de solicitud de reembolso de Medicaid al Departamento de Financiación de Servicios de la Salud (DHCF, en inglés) del DC. Puede obtener una copia del formulario en cualquier oficina de la ESA, o puede descargar una copia en <https://dhcf.dc.gov/publication/medicaid-%E2%80%93-reimbursement-form>.

SI TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO O PARA OBTENER LA INFORMACIÓN SOLICITADA, CONTACTE A:

- a. El equipo de investigación de reclamos de beneficiarios de Medicaid del Departamento de Financiación de Servicios de la Salud (DHCF) al (202) 698-2009.
- b. Terris Pravlik & Millian, LLP, 1816 12th Street NW, Suite 303, Washington, DC 20009, (202) 682-0578, que le brindarán asistencia legal gratuita.

SE DEBE TOMAR UNA DECISIÓN SOBRE SU RECLAMO DE REEMBOLSO DENTRO DE LOS 90 DÍAS:

- a. El equipo de investigación de reclamos de beneficiarios de Medicaid debe tomar una decisión sobre su reclamo de reembolso dentro de los 90 días posteriores a la presentación de su reclamo. Si no se toma ninguna decisión dentro de esos 90 días su reclamo se considerará válido y se le pagará dentro de los 15 días posteriores a la finalización del periodo de 90 días.
- b. Si no está conforme con la decisión del equipo de investigación de reclamos de beneficiarios de Medicaid, tiene derecho a una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial llamando a la Oficina de Audiencias Administrativas al (202) 442-9094. La Oficina de Audiencias Administrativas está ubicada en 441 4th Street, NW; Washington, DC 20001-2714.
- c. Si no está conforme con el resultado de la audiencia imparcial, puede apelar ante el Tribunal de Apelaciones del DC dentro de los 30 días.

Podrá obtener asistencia legal gratuita para ayudarle a presentar su caso en la audiencia o en la apelación. Si es parte de la demanda colectiva certificada por el tribunal en Salazar vs. el Distrito de Columbia, demanda civil nro. 93-452 (TSC) (D.D.C.), puede comunicarse con Terris, Pravlik & Millian, LLP en 1816 12th Street, NW, Suite 303 Washington, DC 20009 o al (202) 682-0578.

Los beneficiarios que no sean parte de la demanda colectiva Salazar podrán obtener asistencia legal gratuita de las siguientes organizaciones:

Bread for the City Legal Clinic, (202) 480-8950 o (202) 791-3982 Legal Aid Society, (202) 628-1161

Legal Counsel for the Elderly, (202) 434-2120

Neighborhood Legal Services, (202) 832-6577

University Legal Services, (202) 547-4747

Recuperación de patrimonio

Es posible que el Distrito intente recuperar todas las facturas que haya pagado Medicaid en su nombre, incluidos los servicios de hogar para personas mayores, exención u otros prestados en otras instituciones médicas. Para obtener más información sobre la recuperación de patrimonio, comuníquese con la División de Responsabilidad de Terceros de la Administración de Operaciones de Atención Médica del Departamento de Financiación de Servicios de la Salud al (202) 698-2000.

Demandas

Si inicia una demanda o una conciliación con un tercero por un reclamo médico o lesión, debe entregar un aviso por escrito sobre la acción (ya sea por notificación personal o por correo certificado) dentro de los 20 días calendario a: Department of Health Care Finance, Health Care Operations Administration, , Third Party Liability Division, 441 4th Street, NW, Suite 1000-South, Washington, DC 20001. Si tiene preguntas, llame al (202) 698-2000.

Informar cambios

Debe informar cambios en sus ingresos, estado de Medicare, estado civil o institucional, quién vive con usted o si se muda del DC Puede ser conveniente informar un cambio de dirección del Distrito, cambios en sus gastos de alojamiento y en sus gastos médicos. Llame al (202) 727-5355 para informar un cambio. Debe llamarnos antes del día 10 del mes posterior al cambio. También puede llamar a la unidad de atención a largo plazo

al (202) 698-4220 para informar cambios que afectarán lo que debe pagar por sus servicios de atención a largo plazo.

Confidencialidad

Al presentar la solicitud, le da permiso al DHS para hablar con su empleador, su arrendador, su centro de enfermería, su banco, su médico y otras personas que tengan información sobre usted. Asimismo, autoriza a estas personas a brindarle al DHS información acerca de usted. Además, autoriza al DHS a consultar sus registros vehiculares, información de salarios, información fiscal y otros registros gubernamentales. El DHS respeta la confidencialidad de su información, no divulga sus registros sin su permiso, excepto que la ley lo permita o lo exija.

La discriminación es ilegal

El DHCF y el DHS cumplen con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El DHCF y el DHS no excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente debido a su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Departamento de Financiación de Servicios de la Salud (DHCF) y el Departamento de Servicios Humanos (DHS):

- Ofrecen ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, mediante:
 - o Intérpretes profesionales de lenguaje de señas
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros)
- Brindan servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma materno no es el inglés, por ejemplo:
 - o Intérpretes profesionales
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la Sra. Surobhi Rooney al (202) 442-5916.

Si cree que el DHCF o el DHS no le ofrecieron estos servicios o lo discriminaron de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante la Sra. Surobhi Rooney:

Ms. Surobhi Rooney, DHCF Civil Rights Coordinator 441 4th Street, NW

Washington DC, 20001

Por teléfono: (202) 442-5916

Correo electrónico: surobhi.rooney@dc.gov

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, la Sra. Surobhi Rooney está a su disposición.

También puede presentar una demanda civil ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del portal de demandas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por teléfono al 1-800-368-1019 o por correo a: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Washington, DC 20201

Audiencias imparciales

Si cree que el DHS cometió un error, puede solicitar una audiencia imparcial. Comuníquese al 202-698-4650 para obtener más información. También puede llamar al (202) 727-8280. Puede pedirle a otra persona que hable por usted durante una audiencia imparcial. Esta persona puede ser su abogado, un amigo, un familiar o alguien más. También puede presentar testigos. Cubriremos sus gastos de transporte y los de sus testigos hasta el lugar de la audiencia imparcial, así como algunos gastos adicionales en los que pueda incurrir. En la audiencia imparcial también podrá obtener asistencia legal gratuita. Llame a una de las agencias que se mencionan a continuación para hablar con un abogado o asesor.

Asistencia legal gratuita

Neighborhood Legal Services

680 Rhode Island Avenue, NE (202) 832-6577

4609 Polk Street, NE (Ward 7)

(202) 832-6577

2811 Pennsylvania Avenue, SE (Zona 8)

(202) 832-6577

Terris Pravlik & Millian, LLP

1816 12th Street NW, Suite 303, Washington, DC 20009

(202) 682-0578

Legal Counsel for the Elderly (personas de 60 años o m

601 E Street, NW (202)434-2120

Legal Aid Society 666 11th Street, NW Suite 800

(202) 628-1161