



Solicitud de asistencia médica del programa de cuidado a largo plazo

Instrucciones:

Esta es una solicitud para la asistencia médica que cubrirá algunos o todos los costos de las personas que permanezcan en las instalaciones aprobadas de cuidado a largo plazo, o que quieran recibir servicios conforme al programa de exención basado en el hogar y en la comunidad (HCBS, por sus sigla en inglés). El programa de exención

HCBS incluye: a personas mayores o que presenten discapacidad física (EPD, por sus siglas en inglés), y a las personas con discapacidades intelectuales o de desarrollo (IDD, por sus siglas en inglés).

Es necesario que usted o alguien que usted elija para que actúe en su nombre complete esta solicitud solo si usted está por ingresar o permanece en un centro de cuidado a largo plazo, o si solicita ingresar al programa de exención basado en el hogar y en la comunidad. Si quiere servicios para EPD, primero debe comunicarse con la oficina de D.C del Centro de Recursos para Personas de la Tercera Edad y con Discapacidades (ADRC, por sus siglas en inglés). Puede llamar al ADRC al (202) 724-5626 los días hábiles de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Esta **NO** es una solicitud para la asistencia en efectivo, cupones de alimentos ni otros tipos de asistencia médica.

Debe ser residente del Distrito de Columbia o si acaba de ingresar a un centro a largo plazo en el D.C, debe planificar permanecer en el D.C luego de que sea dado de alta del centro.

Puede enviar esta solicitud por correo postal a:

Long Term Care Unit, 645 H Street NE, 5th Floor, Washington, D.C. 20002

También puede traer esta solicitud a 645 H Street, N.E. Service Center. Si envía por correo esta solicitud, por favor adjunte una copia de los siguientes documentos:

- Verificación de domicilio- Declaración de hipoteca/renta, factura de servicios públicos etc., o Notificación de inicio de asistencia emitido por el centro de cuidado a largo plazo si usted se encuentra actualmente en un centro.
- Prueba de ingresos de los últimos 30 días de usted y su cónyuge.
- Prueba de cualquier activo que usted (o su cónyuge) posea, tales como cuentas bancarias, acciones, bonos, seguro de vida, inmuebles, etc.
- Tarjetas de seguro médico.
- Copias de todos los gastos médicos pagados o no pagados del solicitante.
- Documentos de cualquier activo que haya transferido en los últimos cinco (5) años.

Si usted lo solicitara, se puede realizar una evaluación de activos cuando haya proporcionado prueba de todos sus activos. (Activos combinados para usted y su cónyuge).

Si tiene alguna pregunta, puede llamar al 202-698-4220.

Revisado en mayo de 2015

1. INFORMACIÓN PERSONAL

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nombre: | | Número de seguro social: | |
| Fecha de nacimiento: | Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino | Estado civil: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Separado | |
| Dirección actual o su dirección antes de ingresar al centro de cuidado a largo plazo: | | ¿Tiene planeado regresar a esta residencia al momento del alta médica? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| Nombre y dirección del centro de cuidado a largo plazo: | | Fecha en que ingresó al centro: | |
| ¿Tiene planeado permanecer en el Distrito de Columbia? | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| ¿Ha recibido, en algún momento, Medicaid en otro estado? | | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| Si contestó "Sí", escriba el estado y la fecha en que finalizó la cobertura de Medicaid. | | | |
| Estado: | | Fecha en que finalizó la cobertura de Medicaid: | |

2. INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE: Complete esta información incluso si no está solicitando la asistencia para su cónyuge:

| | |
|--|--|
| Nombre: | Fecha de nacimiento: |
| Dirección: | Número de seguro social: |
| <p>Conforme a las normas del cuidado a largo plazo, usted puede transferir una porción de sus ingresos a su cónyuge de la comunidad, si sus ingresos son menores a aproximadamente \$2000 por mes, o más cuando su cónyuge tenga altos costos de refugio. El ingreso que puede transferir se denomina una asignación conyugal.</p> | |
| <p>Si su cónyuge califica para una asignación conyugal, ¿quisiera transferir una porción de sus ingresos a su cónyuge? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>Si acepta transferir una porción de sus ingresos a su cónyuge, es necesario que nos diga qué parte de sus ingresos quiere mantener y cuánto le gustaría transferir. Por favor marque su opción a continuación.</p> <p>Quiero transferir el monto máximo. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si contestó "No", díganos cuánto quiere mantener. <input type="text"/> Quiero mantener <input type="radio"/> \$70 <input type="radio"/> \$100 <input type="radio"/> \$125 <input type="radio"/> \$150 Si usted quiere mantener otro monto, registre el monto aquí. \$ _____</p> | |
| <p>¿Es responsable de pagar el apoyo conyugal ordenado por tribunal (Pensión alimenticia)? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> | <p>Si contestó "Sí", especifique el monto del apoyo mensual: <input type="text"/></p> |

3. INGRESOS: A continuación, enumere los tipos y montos de los ingresos y ganancias no salariales que usted y/o su cónyuge reciben. Enumere el monto bruto de ingresos (antes de descontar los impuestos y las deducciones).

Ingresos no salariales - como el Ingreso Complementario de Seguridad, los beneficios del seguro social, las pensiones y/o rentas vitalicias

| Tipo de ingresos no salariales | Persona que recibe el pago | Monto del pago (<u>antes</u> de impuestos y deducciones) | ¿Con qué frecuencia se recibe? (por mes, por semana, cada dos semanas, dos veces por mes, etc.) |
|--------------------------------|----------------------------|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ingresos salariales

| Persona que trabaja | Nombre y número de teléfono del empleador | Monto del ingreso salarial (<u>antes</u> de impuestos y deducciones) | ¿Con qué frecuencia se recibe? (por mes, por semana, cada dos semanas, dos veces por mes, etc.) |
|---------------------|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

4. Por favor complete los siguientes datos de su cónyuge y, en caso de que hubiere, de sus hijos dependientes, padres dependientes y hermanos dependientes que vivan en su hogar.

| Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre | Sexo | Fecha de nacimiento | Número del seguro social | Parentesco | ¿Declara a esta persona como un dependiente en su declaración de impuestos? | Ingresos brutos mensuales |
|----------|--------|----------------------------|------|---------------------|--------------------------|------------|---|---------------------------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |

5. Representación legal - ¿Algunos de los siguientes actúan en su representación? Por favor responda aquí. →

Sí No

Si marcó "Sí", por favor proporcione la siguiente información.

| | | |
|---|--|---------------------|
| <p>Curador: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> | NOMBRE: | DIRECCIÓN: |
| | ¿Paga un honorario mensual por el curador? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| | Si contestó "Sí", especifique el monto del honorario: | Número de teléfono: |
| <p>Representante del beneficiario: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> | NOMBRE: | DIRECCIÓN: |
| | ¿Paga un honorario mensual por el representante del beneficiario? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| | Si contestó "Sí", especifique el monto del honorario: | Número de teléfono: |
| <p>Representante autorizado: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> | NOMBRE: | DIRECCIÓN: |
| | ¿Paga un honorario mensual? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| | Si contestó "Sí", especifique el monto del honorario: | Número de teléfono: |

6A. Gastos médicos pasados

Si tiene facturas médicas por servicios que recibió antes del mes de esta solicitud, tal vez podamos ayudarlo a pagar algunas o todas esas facturas. Si no quiere que paguemos esas facturas, o si las normas de Medicaid no nos permiten pagarlas, tal vez podamos reducir lo que necesitará pagar por sus servicios de cuidado a largo plazo.

Puede solicitarle a Medicaid que cubra sus facturas médicas de hasta tres meses anteriores al mes de esta solicitud. A esto lo denominamos **período** retroactivo. Para que Medicaid del D.C. pague por esos meses, usted debe haber vivido en el D.C., haber cumplido con los requisitos de ingresos y alcanzado el límite de recursos para Medicaid de \$4,000 para una persona o \$6,000 para una pareja. Si usted es elegible para el período retroactivo, le reembolsaremos el monto de las facturas que usted ya haya pagado durante esos meses. **Medicaid** retroactivo puede cubrir los gastos anteriores de hogares para personas de la tercera edad pero no puede cubrir otros servicios de cuidado a largo plazo.

Si no quiere beneficios **retroactivos**, puede solicitarnos que utilicemos sus facturas médicas no pagadas para reducir el monto que tendrá que pagar por sus servicios de cuidado a largo plazo durante este mes y los siguientes. Puede utilizar cualquier factura médica no pagada independientemente de cuán antigua sea. Esto incluye facturas no pagadas por los servicios de cuidado a largo plazo. Si quiere que apliquemos sus facturas pasadas a sus costos futuros de cuidado a largo plazo, entonces todavía será responsable de pagar esas cuentas pasadas.

Si sus ingresos mensuales son mayores a \$2,200, puede tener un exceso de ingresos para los servicios de cuidado a largo plazo del programa HCBS. Incluso si sus ingresos están sobre el límite, aún puede obtener los servicios de cuidado a largo plazo o del programa HCBS si demuestra que tiene gastos médicos altos. A esto se lo denomina "Spend-Down" de Medicaid. Para obtener Spend-Down de Medicaid debe tener cierto monto de facturas médicas. El monto total de facturas médicas que necesita es su "deducible". Cuando tenga suficientes facturas, incluidas facturas pasadas, alcanzará su deducible y podrá ser elegible para Spend-Down. Medicaid **no** pagará las cuentas que usted incluya en el deducible. Cuando alcanza el deducible, Medicaid puede pagar sus otras facturas médicas. Si usted tiene exceso de ingresos para los servicios de cuidado a largo plazo o del programa HCBS, puede utilizar facturas médicas pasadas para alcanzar su deducible de "Spend-Down".

Conforme a las normas de Spend-Down para los servicios de cuidado a largo plazo o del programa HCBS, también puede calificar en base al costo de los servicios de cuidado a largo plazo o del programa HCBS que usted **espera** pagar durante un período de seis meses de Spend-Down. Si aprobamos los servicios de cuidado a largo plazo o del programa HCBS en base a sus costos **esperados**, usted es todavía responsable de pagar estos costos **proyectados**. Si utilizamos sus costos proyectados de servicios de cuidado a largo plazo o del programa HCBS para reducir los gastos para Medicaid, aún puede utilizar sus facturas médicas pasadas para reducir el monto que tendrá que pagar por sus servicios de cuidado a largo plazo o del programa HCBS. Puede utilizar las facturas pagadas y no pagadas originadas en el mes vigente y en los tres meses pasados para Spend-Down. También puede utilizar las facturas no pagadas de más de tres meses y las facturas antiguas que se pagaron durante los últimos tres meses. Debido a que Medicaid no puede pagar las facturas que usted utiliza para Spend-Down, por lo general, es mejor utilizar las facturas que usted ya pagó. Si usted tiene un exceso de ingresos y necesita utilizar Spend-Down para obtener los servicios de cuidado a largo plazo, le enviaremos una notificación con información del monto de su deducible. Si junto con su solicitud proporciona facturas que desea que utilicemos para Spend-Down, le enviaremos una notificación adicional con información de lo que aún debe. En la notificación de exceso de ingresos que le enviamos le preguntaremos si quiere que utilicemos sus gastos esperados. Si desea que utilicemos los gastos esperados, deberá firmar una declaración que diga que quiere hacer eso y devolverla con su firma. También puede proporcionar cualquier otra factura que quiera utilizar.

Si un seguro de terceros, como Medicare u otro seguro médico pagó su factura médica o si la factura se incluyó previamente para la elegibilidad de Spend-Down, no podemos utilizar la factura para reducir el monto que deberá pagar por sus servicios de cuidado a largo plazo o del programa HCBS.

En las casillas de la próxima página, por favor infórmenos si desea tener cobertura Medicaid para el período **retroactivo** o si quiere utilizar sus facturas médicas pasadas para reducir el monto que debe pagar por los servicios futuros de cuidado a largo plazo o para determinar su elegibilidad a través Spend-Down o si quiere que hagamos un combinación de estos. Para obtener más información, consulte con su asesor de Medicaid.

7. Información sobre seguro médico

Información sobre Medicare (de su tarjeta Medicare)

| | | | |
|--|---|--------------------------------|--|
| ¿Tiene Medicare? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tipo de cobertura: <input type="radio"/> Parte A <input type="radio"/> Parte B | Número de reclamo de Medicare: | Fecha de entrada en vigencia Parte A: |
| | | | Parte B: |
| ¿Su cónyuge tiene Medicare? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tipo de cobertura: <input type="radio"/> Parte A <input type="radio"/> Parte B | Número de reclamo de Medicare: | Fecha de entrada en vigencia Parte A: |
| | | | Parte B: |

Otro seguro médico

| | | |
|---------------------------------------|---|----------------------------------|
| ¿Tiene otro seguro médico? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Monto de la prima mensual: \$ |
| ¿Su cónyuge tiene otro seguro médico? | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Monto de la prima mensual: \$ |

Si usted o su cónyuge tiene otro seguro médico, incluida una póliza complementaria de Medicare, por favor complete las casillas a continuación y adjunte una copia (anverso y reverso) de las tarjetas de seguro.

| | Aseguradora médica- Nombre y dirección | Prima mensual | Número de póliza | Tipo de cobertura (Medigap, Jubilado, RX, etc.) |
|----------|--|---------------|------------------|---|
| Yo mismo | | | | |
| Cónyuge | | | | |

8A. Activos vigentes

¿Usted o su cónyuge actualmente es propietario de alguno de los siguientes activos? Sí No

Si contestó "Sí", por favor detalle el tipo y el monto de los activos de los que usted o su cónyuge son propietarios.

| Tipo de activo | Valor | Tipo de activo | Valor |
|--|-------|--|-------|
| Cuenta bancaria o cooperativa | \$ | 2da. Cuenta bancaria o cooperativa | \$ |
| Acciones/Bonos/Fondos de inversión | \$ | Inmuebles, incluido su hogar | \$ |
| Certificados de depósito | \$ | Botes/Vehículos de recreación/Casas móviles | \$ |
| Renta vitalicia/Fondos de inversión/Cuentas de fideicomiso | \$ | Efectivo- incluido el valor de entrega en efectivo de cualquier póliza de seguro de vida | \$ |

¿Usted o su cónyuge es propietario de cualquier otro activo de valor? Sí No

| | |
|------------------------|------------------|
| Descripción de activo: | Valor de activo: |
|------------------------|------------------|

8B. Activos al momento de ingresar al centro de cuidado a largo plazo

Si su cónyuge vivía con usted antes de que ingresara al centro de cuidado a largo plazo, debe detallar a continuación el monto de activos que usted o su cónyuge tenía cuando ingresó al centro. Puede saltar esta sección si esta situación no le corresponde.

| Tipo de activo | Valor | Tipo de activo | Valor |
|--|-------|--|-------|
| Cuenta bancaria o cooperativa | \$ | 2da. Cuenta bancaria o cooperativa | \$ |
| Acciones/Bonos/Fondos de inversión | \$ | Inmuebles, incluido su hogar | \$ |
| Certificados de depósito | \$ | Botes/Vehículos de recreación/Casas móviles | \$ |
| Renta vitalicia/Fondos de inversión/Cuentas de fideicomiso | \$ | Efectivo- incluido el valor de entrega en efectivo de cualquier póliza de seguro de vida | \$ |

¿Usted o su cónyuge era propietario de cualquier otro activo de valor? Sí No

| | |
|------------------------|------------------|
| Descripción de activo: | Valor de activo: |
|------------------------|------------------|

8C. Transferencia de activos

¿Usted o su cónyuge ha entregado o transferido algo de valor en los últimos cinco años? Esto incluiría dinero en cuentas bancarias, acciones, bonos, inmuebles u otras posesiones de valor, o la creación de una renta vitalicia. O Sí O No

Si marcó "Sí", complete la siguiente información:

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------------------|------------------------|--|-------------------------------|
| Fecha de transferencia: | ¿Quién recibió el activo transferido? | Descripción de activo: | Valor del activo al momento de la transferencia: | Monto recibido por el activo: |
| | | | | |
| Fecha de transferencia: | ¿Quién recibió el activo transferido? | Descripción de activo: | Valor del activo al momento de la transferencia: | Monto recibido por el activo: |
| | | | | |
| Fecha de transferencia: | ¿Quién recibió el activo transferido? | Descripción de activo: | Valor del activo al momento de la transferencia: | Monto recibido por el activo: |
| | | | | |
| Fecha de transferencia: | ¿Quién recibió el activo transferido? | Descripción de activo: | Valor del activo al momento de la transferencia: | Monto recibido por el activo: |
| | | | | |

Adjunte otra página si transfirió activos adicionales

9. Preguntas adicionales para averiguar cuánto puede tener que pagar por su cuidado

¿Es propietario o alquila una casa? O Sí O No

¿Espera regresar a su hogar dentro de seis (6) meses? O Sí O No

Si espera regresar, ¿su cónyuge o alguno de sus dependientes continuará viviendo en su hogar? O Sí O No

Si su hogar estará deshabitado, usted puede calificar para una asignación de mantenimiento del hogar que reducirá el monto que deba pagar por sus costos de cuidado a largo plazo. Si en su hogar vivirá su cónyuge, la asignación conyugal de este puede incrementarse debido a los altos gastos de refugio. Por favor detalle el monto que paga por lo siguiente:

| | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|
| Rent/Mortgage: _____ | Real Estate Taxes: _____ | Home Insurance: _____ |
| Tarifas asociadas con el hogar: _____ | | Tarifas de mantenimiento de condominio/cooperativa: _____ |

10. Firma

- **Al firmar a continuación, autorizo al Departamento de Servicios Humanos a obtener información acerca de mí y mi cónyuge. El Departamento de Servicios Humanos puede obtener esta información de funcionarios o instituciones que conozcan mi situación. Autorizo a todas estas partes a brindar información acerca de mí al Departamento de Servicios Humanos. He leído cuidadosamente la información provista y creo que toda la información que aparece en esta solicitud es correcta y verdadera. Soy consciente de que brindar información falsa es un crimen penalizado por ley y podría correr el riesgo de recibir acciones penales y sanciones. Soy consciente de que funcionarios estatales y federales verificarán esta información. Acepto ayudar y cooperar con sus investigaciones potenciales.**
- **Comprendo que el Distrito de Columbia buscará la recuperación de las facturas que pague por mí cuando me encuentre en un hogar para personas de la tercera edad o en otra institución médica. Esto significa que el Distrito de Columbia puede embargar o reclamar mi propiedad o patrimonio.**
- **He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades. Comprendo mis responsabilidades y acepto cooperar según se requiera.**
- **Comprendo que si yo o mi cónyuge compramos una renta vitalicia el 8 de febrero de 2006 o posterior a dicha fecha, y recibo servicios de cuidado a largo plazo, el Distrito de Columbia debe ser nombrado en calidad de beneficiario del resto de la renta vitalicia.**
- **Representantes autorizados: Si el solicitante no puede firmar este formulario, usted puede firmarlo por ellos. Al firmar, usted certifica que esta persona quiere solicitar los beneficios de cuidado a largo plazo y acepta las condiciones antes descriptas.**

FIRMA: _____

FECHA: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE: _____

FECHA: _____

Aviso de Derechos y Responsabilidades

Reglas generales

Debe proporcionar información veraz y completa. Si miente o proporciona información falsa, puede perder sus beneficios. También puede recibir una multa o ir a prisión. Es posible que verifiquemos la información proporcionada para corroborar que sea correcta. Es posible que comprobemos su ingreso, su información de seguro social, y su información de inmigración. Verificamos esta información a través de programas de cotejo electrónico. También podemos realizarle una entrevista o visita a su hogar.

Su caso puede ser seleccionado para una revisión de control de calidad. Esta es una revisión detallada de toda la información que ha proporcionado. Es posible que se incluyan algunas entrevistas personales y una revisión de su historia clínica. Al presentar la solicitud, usted acepta colaborar con los revisores federales y estatales. Si se niega a colaborar, puede perder todos o parte de sus beneficios. Si usted está siendo investigado o se encuentra prófugo de la ley, es posible que compartamos su información con las agencias federales y locales.

Bajo la ley federal y del Distrito, debe proporcionar su número de seguro social (si posee) si se encuentra en una unidad de asistencia. (Consulte el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales [CFR, por sus siglas en inglés] 435.910, el Título 7 del CFR 273.6 , y el Código de DC §4-204.07, §4-205.05a, y §4-217.07) Su número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) será utilizado para corroborar su identidad, evitar la recepción de beneficios duplicados y realizar los cambios necesarios en el programa. El sistema de computación del Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) utiliza su SSN para verificar sus ingresos y lo obtiene de los registros del Servicio de Impuestos Internos, la Administración de Seguros Sociales, y la División de Servicios de Manutención de Menores del DC (CSSD, por sus siglas en inglés).

Reglas de asistencia médica

Luego de hacer la solicitud, se le informará la decisión sobre su asistencia médica dentro de los 45 días (o 60 días si el DHS debe determinar si usted es discapacitado). Si no recibe un aviso dentro de este periodo, por favor llame a la sucursal de Medicaid del DC al (202) 698-4220 o al Centro de cambio al (202) 727-5355. Para obtener asistencia legal gratuita con Medicaid, comuníquese con Terris, Pravlik y Millian al (202) 682-0578 o escribales a 1121 12th Street, NW, Washington, DC 20005. Si usted recibe asistencia médica, debe volver a certificarse cada año cuando le enviemos la notificación para que se certifique nuevamente. No hay un límite de tiempo para recibir asistencia médica.

Recuperación del patrimonio: El Distrito buscará recuperar las facturas que pagamos en su nombre si usted se encuentra en un hogares para personas de la tercera edad u otra institución médica. Asimismo, si tiene 55 años o más, el Distrito buscará la recuperación por los servicios que obtiene. Esto significa que podemos embargar o reclamar su propiedad o patrimonio. Esto no aplica para ninguno de los beneficios de recibe por parte del programa Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés). A partir del 1 de enero de 2010, la sección 115 de la Ley de Mejoras para Pacientes y Proveedores de Medicare (MIPPA, por sus siglas en inglés) prohíbe a los Estados recuperar pagos de Medicaid por gastos de costos compartidos de Medicare realizados en nombre de Beneficiarios Calificados de Medicare. El distrito no puede solicitar la recuperación de pagos por costos compartidos de Medicare. Si tiene alguna pregunta, comuníquese al (202) 698-2000.

Demandas: Si usted realiza una demanda o inicia negociaciones con terceros debido a un reclamo médico o lesión, debe presentar un aviso de la acción por escrito dentro de los 20 días calendario (ya sea a través de servicio personal o por correo certificado) a Medical Assistance Administration, Third Party Liability Section, 441 4th Street, NW, Suite 1000-South, Washington, DC 20001. Si tiene alguna pregunta, llame al (202) 698-2000..

Recertificación

Le enviaremos por correo un aviso de recertificación. Deberá trabajar con el administrador de su caso del servicio de Exención o con el centro de cuidados para obtener la información que debe proporcionarnos para continuar con su asistencia médica. Por favor póngase en contacto con ellos de manera inmediata para asegurarse de que puede completar su recertificación a tiempo. Si no realiza la recertificación, perderá sus beneficios. Asimismo, por favor infórmenos si se muda. Solo llame al **(202) 727-5355** para informar su nueva dirección.

Informe de cambios

Debe informar los cambios en su salario, estatus de Medicare, estado civil o institucional, quienes viven con usted, o si se muda de DC. Es posible que desee informar sobre cambios en la dirección del Distrito, cambios en el costo de su alojamiento y cambios en los gastos médicos. Para informar sobre un cambio, llame al **(202) 727-5355**. Debe comunicarse con nosotros antes o el día 10 del mes posterior al cambio. También puede llamar a la unidad de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) al **(202) 698-4220** para informar los cambios que afectarán el monto que debe pagar por sus servicios de cuidado a largo plazo.

Confidencialidad

Al presentar la solicitud, usted autoriza al DHS para que se comunique con su empleador, propietario, centro de cuidados, banco, médico y otras personas que tengan información sobre usted. También autoriza a estas personas a que le proporcionen información al DHS sobre usted. Además, autoriza al DHS para que revise los registros del vehículo, datos salariales, información tributaria y otros registros gubernamentales. Por supuesto, el DHS mantiene toda su información de manera confidencial. El DHS no permite la divulgación de sus registros sin su autorización (excepto cuando sean solicitados por la justicia).

Igualdad y no discriminación

Conforme a la Ley Federal y a la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de los EE. UU., esta institución tiene prohibido discriminar por raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una denuncia por discriminación, comuníquese por escrito al HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Ave., SW, Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TDD). El HHS es un proveedor de oportunidades y empleador equitativo.

Conforme a la Ley de Derechos Humanos del DC de 1977, según enmienda, y al Código Oficial del DC § 2-1401.01 y ss., (Ley) el Distrito de Columbia no discrimina por: raza, color, religión, nacionalidad, sexo (acoso sexual o de género), edad, estado civil, apariencia física, orientación sexual, identidad o expresión de género, situación familiar, responsabilidades familiares, matriculación, afiliación política, información genética, discapacidad, fuente de ingresos, condición de víctima de un delito intra-familiar, y lugar de domicilio o negocio, ya sea real o percibido.

El acoso sexual es una forma de discriminación sexual, la cual está prohibida por la Ley. Además, el acoso basado en alguna de las categorías protegidas antes mencionadas está prohibido por la ley. No se tolerará la discriminación en violación de la ley. Los infractores serán sometidos a acciones disciplinarias. Las quejas sobre posibles violaciones de esta ley pueden ser presentadas ante el gobierno del Distrito de Columbia, Office of Human Rights, 441 4th Street NW, Suite 570-North, Washington, DC 20001. Teléfono: (202) 727-4559. Fax: (202) 727-9589.

Audiencias imparciales

Si considera que el DHS ha cometido un error, puede solicitar una Audiencia imparcial. Comuníquese al 202-698-4650 para obtener más información. También puede comunicarse al (202) 727-8280. En una Audiencia imparcial, usted puede solicitar que alguien hable en su nombre. Esta persona puede ser un abogado, amigo, pariente o alguien más. También puede traer testigos a la audiencia. Pagaremos el costo de transporte a la Audiencia imparcial para usted y sus testigos. También es posible que paguemos algún otro costo. También puede solicitar asistencia legal gratuita para la Audiencia imparcial. Comuníquese con alguna de las agencias antes mencionadas para contactarse con un abogado o consejero.

Asistencia legal gratuita

Neighborhood Legal Services
4609 Polk St., NE
(para el distrito 7 únicamente)
680 Rhode Island Ave., NE
2811 Pennsylvania Ave, SE
(para el distrito 8 únicamente)
(202) 832-6577

Legal Counsel for the Elderly
(para personas de 60 años o más)
601 E Street, NW
(202)434-2120

University Legal Services
220 I Street, NE, Suite 130
(202) 547-0198

Legal Aid Society
666 11th Street, NW, Suite 800
(202) 628-1161