



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
 DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN EN EL CASO

FROM	FSD TEAM MEMBER	TELEPHONE NUMBER	DATE
	FSD OFFICE ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP CODE)		
TO	NAME	RE	HEAD OF HOUSEHOLD NAME
	ADDRESS (STREET)		CASE NUMBER
	CITY STATE ZIP CODE		

HEMOS TOMADO LAS SIGUIENTES ACCIONES EN SU CASO DE _____:

- Su solicitud de MO HealthNet con fecha _____ ha sido rechazada.
- Su revisión de MO HealthNet ha concluido y no hay modificaciones en sus beneficios.
- Los beneficios de MO HealthNet de las siguientes personas han sido descontinuados:
_____.

El último día de la cobertura de MO HealthNet es: _____.

- Los beneficios de MO HealthNet han sido modificados a _____ a partir de _____, por los siguientes motivos: _____.
- Ahora debe pagar una prima mensual para que continúe la cobertura de las siguientes personas:
_____.

Recibirá una factura que le dará a conocer el monto de la prima y la fecha de pago.

El motivo de esta decisión es el siguiente:

- Su ingreso contable de _____ excede el máximo de _____ para el tamaño de su hogar de _____ (RSMo 208.991.2(2)).
- No entregó el primer (1.º) formulario de informe trimestral. (42 U.S.C. 1396r-6).
- Su familia ya no reside en Missouri. (RSMo 208.990).
- En el hogar ya no hay ningún menor que cumpla los requisitos, ya sea porque dicho menor ha abandonado su hogar o ha superado el límite de edad de MO HealthNet para Familias. (RSMo 208.151).
- Recibimos su _____ informe de MO HealthNet Transitorio. Su ingreso actual de _____ excede el límite de _____ para continuar recibiendo la cobertura de este programa. (42 U.S.C. 1396r-6).
- Otro: _____

- La elegibilidad de la cobertura de atención médica de las personas mencionadas anteriormente ha cambiado a MO HealthNet Transitorio a causa de las ganancias provenientes del trabajo. Para dichas personas no hay ningún cambio en sus beneficios de atención médica.

La cobertura continuará hasta _____. Si cumple ciertos requisitos, es posible que la cobertura se prolongue seis meses adicionales.

- Se han restablecido sus beneficios de atención médica de MO HealthNet para Familias, a partir del _____. El motivo de esta acción es _____.
- Debido al cierre de su caso de MO HealthNet para Familias, se realizó una revisión a instancia de parte. Se implementaron las siguientes modificaciones en la cobertura:

Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a solicitar una audiencia en un plazo de 90 días a partir de la fecha de este documento. Si solicita una audiencia puede presentar la información por cuenta propia o puede elegir que lo represente su abogado u otra persona que conozca su situación. Usted tiene el derecho de presentar testigos por su cuenta e interrogar a los testigos que se presenten a petición de la División de Apoyo a la Familia.

Para conocer disponibilidad de servicios legales gratuitos, llame al _____.

Dé a conocer cualquier cambio en su situación al Centro de Información de la FSD, al (855) 373-4636, o en un Centro de Recursos de la FSD, en un plazo de 10 días. La ley impone castigos a las personas que reciben beneficios a los que no tienen derecho mediante tergiversación de datos o al no dar a conocer toda la información sobre su situación.

Si busca cobertura médica de otro plan de seguro de salud, como un plan grupal disponible a través de su empleador, es posible que necesite un Certificado de Cobertura Acreditado que muestre el periodo en que tuvo cobertura de MO HealthNet. Este certificado puede ayudar a comprobar que ha cumplido una fracción o la totalidad de un período de exclusión por afecciones médicas preexistentes. Puede solicitar su certificado en un plazo de 24 meses después de que hayan concluido los beneficios de MO HealthNet. Puede solicitar un certificado llamando a los Servicios para los Beneficiarios de la División de MO HealthNet, al 1-800-392-2161.

Anexo: Folleto informativo No. IM-4.