



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

DE	MIEMBRO DEL EQUIPO DE LA FSD	NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA
	DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE LA FSD (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		
PARA	NOMBRE		
	DIRECCIÓN (CALLE)	CIUDAD	ESTADO
ASUNTO	NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL HOGAR		NÚMERO DE CASO

HEMOS IMPLEMENTADO LAS SIGUIENTES ACCIONES EN SU CASO DE **MO HEALTHNET PARA FAMILIAS (MHF)**:

- Su solicitud de MO HealthNet para Familias ha sido rechazada porque _____.
 - MO HealthNet para Familias (beneficios de atención médica) han sido suspendidos para las siguientes personas: _____
- El último día de su cobertura de MO HealthNet es: _____.

El motivo de esta decisión es:

- Su ingreso contable de _____ excede el máximo de _____ para el tamaño de su hogar de _____ (RSMO 208.151.3).
- No entregó el primer (1.er) formulario de informe trimestral. (42 U.S.C. 1396r-6).
- Su familia ya no reside en Missouri. (13 CSR 40-2.310).
- 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. (42 U.S.C. 1396r-6).
- Recibimos su _____ informe de MO HealthNet Transitorio. Su ingreso actual de _____ excede el límite de _____ para continuar recibiendo la cobertura de este programa. (13CSR 40-2.310, 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 jurídicos gratuitos, llame al _____

Si su situación se modifica debe dar a conocer cualquier cambio ocurrido a la oficina de su condado. 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 atención médica de MC+. Este certificado puede ayudar a comprobar que ha cumplido una fracción o la totalidad de un periodo de exclusión por afecciones médicas preexistentes. Puede solicitar su certificado en un plazo de 24 meses después de que hayan concluido los beneficios de atención médica de MC+. Puede solicitar un certificado llamando a los Servicios para los Beneficiarios de la División de Servicios Médicos, al 1-800-392-2161.

Anexo: Folleto informativo No. IM-4.