

## INFORME DE PRIMA INICIAL

CO	RECORD	CAT	GG	DIST
RID: _____				

Nombre y dirección del cliente:

<b>Mes de la prima</b>
<b>Fecha de pago</b>
<b>Cantidad de la prima</b>
<b>Total a pagar</b>

### Información de elegibilidad

Se ha determinado que \_\_\_\_\_ reúne los requisitos para obtener cobertura a través de Medical Assistance for Workers with Disabilities (Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidades) a partir del \_\_\_\_\_. Se ha determinado que su prima mensual para este programa es de \$ \_\_\_\_\_. Sírvase enviar un cheque o un giro postal (*money order*) por la cantidad total a pagar indicada abajo junto con el volante de pago en el sobre adjunto que viene con porte pagado antes del \_\_\_\_\_. Sus beneficios de Asistencia Médica podrían ser cancelados si no paga antes de la fecha indicada.

**Ordenanzas y/o ley:** La ley Ticket to Work and Work Incentives Improvement de 1999 (PL 106-170) y la ley 2001-77 de junio de 2001 (P.L. 755)

**El incumplimiento con el pago de la prima puede dar lugar a la cancelación de los beneficios de Asistencia Médica.**

### Elegibilidad retroactiva

Se ha determinado que usted reúne los requisitos para obtener cobertura retroactiva Asistencia Médica para Trabajadores con Discapacidades para los siguientes meses:

Mes/año			
Prima			

**La autorización de Asistencia Médica para el período retroactivo será procesada al recibir el pago de la prima.**

La cantidad total de la prima para este período retroactivo es \$ \_\_\_\_\_.

**Si tiene preguntas sobre esta declaración, llame al Centro de Atención al Cliente al 1-877-395-8930.**

▲ **Conserve esta porción para sus registros.**

▼ **Corte aquí y devuelva el formulario a continuación con el pago en el sobre adjunto que viene con porte pagado.**

## FORMULARIO DE PRIMA INICIAL

Retro	Mes de la prima	Fecha de pago	Cantidad de prima	Prima retroactiva vence	Total a pagar

- Pague en línea: [www.humanservices.state.pa.us/MAWDOnlinePayments](http://www.humanservices.state.pa.us/MAWDOnlinePayments)
- Emita cheques pagaderos a: Commonwealth of PA
- Incluya el número de RID del cliente en el cheque o giro.
- No envíe dinero en efectivo.
- Si ya pagó la cantidad vencida, gracias.

Medical Assistance for Workers with Disabilities  
P.O. Box 8052  
Harrisburg, PA 17105-8052

CO	RECORD	CAT	GG	DIST
RID: _____				

Nombre y dirección del cliente:

This concerns important information about health care benefits. If you need help translating it, contact your County Assistance Office.

Esto es en referencia a información importante sobre sus beneficios médicos. Si necesita que se lo traduzcan, comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado.

此內容有關醫療照護福利的重要資訊。如果您需要翻譯協助，請與您當地的縣立救濟單位聯繫。

Tài liệu này liên quan đến tin tức quan trọng về trợ cấp chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để phiên dịch nó, xin liên lạc với Văn phòng Giúp đỡ tại Quận quý vị cư ngụ.

ធនធានព័ត៌មានសំខាន់ៗស្តីពីផលប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ បកប្រែព័ត៌មាននេះ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយការតាមខេត្ត ក្រុងរបស់លោកអ្នក។

Данные материалы содержат важные сведения о предоставляемом вам медицинском обслуживании. Если вам нужна помощь в их переводе, обращайтесь в Бюро помощи вашего графства (County Assistance Office)

## DERECHOS DEL CLIENTE

<p><b>DERECHO A NO DISCRIMINACIÓN</b></p> <p>No podemos discriminar debido al sexo, edad, raza, color, linaje, discapacidad, creencias religiosas, nacionalidad de origen, preferencia sexual, estilo de vida, afiliación a un sindicato, partido político o porque solicitó y recibió asistencia anteriormente. Si usted cree que el Departamento o cualquier entidad que proporciona servicios a nombre del Departamento le ha discriminado, puede presentar una queja oral o escrita ante el Departamento o el organismo federal o estatal correspondiente.</p>	<p><b>DERECHO DE APELAR</b></p> <p>Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia Departamental para apelar una decisión o incumplimiento del Departamento que afecte sus beneficios o que usted crea es injusto o incorrecto. Puede presentar la apelación en la Oficina de Asistencia del Condado (CAO). En la audiencia de apelación, usted puede representarse a sí mismo o alguien más lo puede representar, por ejemplo un abogado, amigo o pariente. Puede tener una conferencia con dicha oficina antes de la audiencia.</p>
<p><b>DERECHO A CONFIDENCIALIDAD</b></p> <p>Mantenemos confidencial la información que usted proporciona y solamente la utilizamos para administrar los programas que usted solicita o para los que usted reúne los requisitos.</p>	<p><b>DERECHO A UNA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO</b></p> <p>Le proporcionaremos una notificación por escrito explicándole sus beneficios. Si negamos, cambiamos, suspendemos o cancelamos los beneficios, le explicaremos la razón en la notificación. Usted tiene 30 días a partir de la fecha de la notificación para solicitar una audiencia si no está de acuerdo con la acción tomada o con las razones.</p>

## OBLIGACIONES DEL CLIENTE

<p><b>OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL</b></p> <p>Usted debe proporcionar el número de seguro social (SSN) de cada solicitante. Si no tiene un SSN, nosotros le ayudaremos a solicitar uno. Si no proporciona un SSN, podría ser descalificado. También le pediremos que proporcione un SSN para verificar su identidad y para fines administrativos de nuestros programas. Utilizaremos su SSN para evitar la duplicación en programas estatales y federales y para obtener información sobre sus ingresos con el fin de determinar si califica para recibir beneficios.</p>
<p><b>OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN</b></p> <p>Usted debe proporcionar información veraz, correcta y completa. Debe cooperar en cuanto a la documentación y comprobación de la información proporcionada. Si no puede proporcionar comprobante, debe solicitar ayuda en la Oficina de Asistencia del Condado.</p>
<p><b>OBLIGACIÓN DE REPORTAR CAMBIOS</b></p> <p>Debe informar los cambios antes del día 10 del mes siguiente al mes del cambio. Debe reportar cambios en el número de integrantes de su grupo familiar, cambios de dirección, ingresos o recursos. Debe reportar si consigue un nuevo trabajo o cambia de empleo. Debe reportar cualquier plan de mudarse del estado. Si no está seguro si debe reportar un cambio, repórtelo. Los cambios se pueden reportar al personal de la Oficina de Asistencia del Condado por teléfono o por correo.</p>
<p><b>OBLIGACIÓN DE PAGAR UNA PRIMA MENSUAL</b></p> <p>Usted tiene la obligación de pagar su prima mensual. Si no paga su prima a tiempo, podría perder su cobertura médica.</p>
<p><b>OBLIGACIÓN DE CONTACTAR A LOS PROVEEDORES PARA OBTENER REEMBOLSOS</b></p> <p>Si paga alguna cuenta médica entre la fecha de solicitud y la fecha de determinación de elegibilidad, corre por su cuenta comunicarse con el proveedor para obtener el reembolso.</p>

## RECUERDE INFORMAR LOS CAMBIOS EN SUS CIRCUNSTANCIAS

Informe los cambios antes del día 10 del mes siguiente al mes del cambio. Si no está seguro de tener que informar algún cambio, infórmelo igualmente.

### Los tipos de cambios que se deben informar incluyen los siguientes:

- Pérdida del empleo
- Empleo nuevo
- Cambios en los ingresos o los recursos
- Cambios de domicilio
- Cambios en la composición del grupo familiar

### Cómo informar cambios

Informe los cambios a través de su cuenta de MyCOMPASS en [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us) o en la aplicación móvil myCOMPASS PA. Si no tiene una cuenta de MyCOMPASS, regístrese hoy mismo.

Si tiene alguna pregunta o quiere informar algún cambio por teléfono, puede llamar al Centro de Atención al Cliente al 1-877-305-8930 o, para Filadelfia, al 1-215-560-7226 en cualquier momento.