Carta de determinación de selección de elegibilidad presunta para hijos

_____/_____
Nombre del padre/tutor Nombres de los hijos que presentan la solicitud

_____
Nombres de los hijos que presentan la solicitud (cont.)

_____ _____ _____ _____
Domicilio/N.º de apto. Ciudad Código postal Condado

/ /
Número de teléfono/mensajes Fecha de determinación/elección de elegibilidad presunta

Para el padre/tutor que presenta la solicitud:

☐ De conformidad con nuestra revisión, (nombres) _____, **son presumiblemente elegibles** para los servicios cubiertos por Medicaid hasta que el Departamento de Servicios Sociales local (Local Department of Social Services, LDSS) complete una determinación completa de sus elegibilidades continuas de Medicaid.

Con base en esta determinación, los servicios cubiertos de Medicaid se han autorizado temporalmente a partir del día de hoy _____/_____/_____. Con el fin de que sus hijos continúen con Medicaid, debe completar una solicitud completa de Medicaid. Este centro, un Navegador o un Asesor certificado de solicitudes le pueden ayudar para completar este proceso.

Si LDSS determina que es elegible para la cobertura continua de Medicaid, recibirá una notificación y una tarjeta de ID de Medicaid para sus hijos aproximadamente 10 días después de haber completado la determinación completa.

Podemos proporcionar la mayoría de servicios cubiertos de Medicaid a través de nuestros Centros de atención médica y los socios médicos asociados.

Es importante que complete todos los requisitos de elegibilidad de la solicitud de sus hijos para Medicaid constante, incluyendo la entrega a nosotros de los documentos solicitados en un plazo de _____ días. Le reenviaremos su paquete de solicitud de Medicaid incluyendo todos los documentos que nos haya proporcionado a DSS del condado de _____ para obtener una determinación completa de la cobertura continua de Medicaid.

Medicaid presunto para niños termina a los 19 años. Si su hijo tiene entre 18 y 19 años de edad y no se ha determinado Medicaid continuo para su cumpleaños 19, la cobertura presunta de su hijo terminará al finalizar el mes en el cual cumple 19 años.

Si LDSS determina que su hijo no es elegible para la cobertura continua de Medicaid, la cobertura de elegibilidad presunta de su hijo terminará y recibirá un aviso que le informe de la fecha final. Tenga en cuenta que solo un período de Elegibilidad presunta para cada niño está permitido en un período de 12 meses.

☐ De conformidad a la información que nos proporcionó, **no** podemos determinar que (nombres) _____ _____ tiene **elegibilidad presunta** para recibir los servicios de Medicaid en este momento. Puede solicitar Medicaid en el Departamento de Servicios Sociales del condado de _____, donde se puede realizar una determinación de elegibilidad completa. También puede solicitar Medicaid, Child Health Plus y otra cobertura de seguro médico a través del New York State of Health en https://nystateofhealth.ny.gov/

☐ (Nombres) _____ **no tienen elegibilidad presunta** para recibir los servicios de Medicaid en este momento debido a que sus hijos ya recibieron Elegibilidad presunta de Medicaid durante los últimos 12 meses. Puede solicitar Medicaid en el Departamento de Servicios Sociales del condado de _____ donde se puede realizar una determinación de elegibilidad completa. También puede solicitar Medicaid, Child Health Plus y otra cobertura de seguro médico a través del New York State of Health en https://nystateofhealth.ny.gov/

_____ _____
Firma del evaluador Nombre de la entidad que califica en letra de molde

_____ _____/_____/_____
Ubicación de la entidad que califica Fecha de la selección/determinación de PE

_____ _____
Número de teléfono de la entidad que califica Nombre/Números de autorización del NYS DOH