



Estado de Illinois
Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias

**Aviso Sobre Cambios
Salud Para Familia - Obligación de Pago**

Fecha del Aviso	Fecha de Cambio	Identificación del Caso	Núm. del Trabajador
16 de diciembre de 2013	01 de enero de 2014	xx-xxx-xx-xxxxxx	xxx

Case payee name
& Address

Dirección de la Oficina Local
FCRC Address

A partir de enero del 2014, sus beneficios cambiarán de la siguiente manera:

La Obligación de Pago de “Family Health” (Salud Para Familias) de las siguientes personas terminará.

First Name Last Name
First Name Last Name

Birth date
Birth date

REASON: El programa Obligación de Pago (Spenddown) para las personas adultas que no están embarazadas termina debido a un cambio en la ley del estado. **Ley Pública 98-104**

Este cambio no afecta la cobertura médica de sus hijos menores de 19 años de edad.

Si usted tiene facturas y recibos médicos para alcanzar su obligación de pagos para ‘fechas de servicio’ antes del 1 de enero de 2014, estas facturas y recibos se pueden aplicar a su obligación de pago para los meses que califica para cobertura antes del 1 de enero de 2014. Envíe sus facturas y recibos médicos al trabajador(a) de su caso. Si necesita la dirección y el número de teléfono de la oficina local de su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad, llame al 1-866-468-7543 (TTY 1-877-204-1012). La llamada es gratis.

Si usted tiene una discapacidad severa, puede calificar para obligación de pago bajo el programa Asistencia Para Personas de Edad Avanzada, Ciegos y Discapacitados (AABD). Pídale información acerca del programa AABD al trabajador(a) de su caso.

OTRAS OPCIONES PARA ATENCIÓN MÉDICA

Hay otras opciones para cobertura médica disponibles por medio del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, vaya a www.healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-888-259-3922).

Si tiene preguntas acerca de este aviso, comuníquese con la Línea de Ayuda del DHS, llame al 1-800-843-6154, (TTY: 1-800-447-6404).

VEA AL REVERSO

Usted tiene el derecho de apelar y que se le conceda una audiencia imparcial si cree que cometimos un error al calcular sus ingresos o el tamaño de su familia, o si cree que tiene una discapacidad y cree que califica para beneficios médicos.

Las apelaciones deben ser registradas con el Departamento por:

- correo electrónico en HFS.FairHearings@illinois.gov;
- teléfono, llame al 1-855-418-4421 (TTY: 1-877-734-7429);
- correo, envíe (un formulario del Departamento o una declaración firmada) a Department of Healthcare and Family Services, Fair Hearings Section, 401 South Clinton Street, 6th Floor, Chicago, IL 60607 o
- fax, envíe (un formulario del Departamento o una declaración firmada) al 1-312-793-2005.

En esta audiencia puede representarse a sí mismo o ser representado por alguna persona tal como un abogado, pariente o amigo.

Los derechos de apelación no aplican si la razón de su apelación es debido a que usted no está de acuerdo con el cambio de la ley.

Usted debe registrar la apelación dentro de los 60 días de la Fecha del Aviso indicada al frente de este formulario.

Para solicitar ayuda legal gratis:

- En el condado de Cook (incluyendo la Ciudad de Chicago) – Legal Assistance Foundation of Metropolitan Chicago: 1-312-341-1070;
- En otros condados del norte y centro de Illinois con códigos de área (309), (630), (815) o (847) – Prairie State Legal Services: 1-800-531-7057 (la llamada es gratis);
- En otros condados de centro y sur de Illinois con códigos de área (217 o (618) – Land of Lincoln Legal Assistance Foundation: 1-877-342-7891 (la llamada es gratis).