

## Attachment 2A

### Standardized Letter in Spanish, Upstate/LDSS version

Date:

Name:

Address:

Estimado(a) \_\_\_\_\_,

Esta carta contiene información importante para usted con respecto a su derecho de continuar recibiendo beneficios de Medicaid. Medicaid provee ayuda a las personas que no pueden cubrir el costo de su cuidado médico. Bajo el Programa Independiente de Cuidado de Crianza Chafee del Estado de Nueva York (*New York State Chafee Foster Care Independence Program*), y debido a que usted estaba bajo cuidado de crianza (o cuidado sustituto) cuando cumplió 18 años de edad, usted es elegible para recibir beneficios de Medicaid hasta el final del mes en el que cumpla 21 años de edad. Estos beneficios no toman en cuenta su ingreso y/o recursos, siempre y cuando usted continúe viviendo en el Estado de Nueva York.

Para recibir cobertura de Medicaid, usted debe ser un ciudadano de los Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.), un indígena o nativo de Norteamérica o debe tener un estado inmigratorio satisfactorio. Puede ser que el Departamento de Servicios Sociales Local (*Local Department of Social Services—LDSS*) le pida pruebas para documentar que usted satisface este requisito, incluyendo su número de Seguro Social (*Social Security Number*). Es muy importante que usted presente esta información si se la solicita. Si usted no provee esta información, es probable que usted pierda la cobertura de Medicaid.

Usted necesitará una Tarjeta de Beneficios de Medicaid (*Benefit Medicaid Card*) para recibir servicios de Medicaid. Usted le entregará esta tarjeta a su médico, farmacéutico u otra persona de la cual requiere ayuda. Sus facturas serán enviadas al estado para ser pagadas. Si usted no tiene la Tarjeta de Beneficios de Medicaid, usted debe contactar al LDSS. Este le enviará a usted una nueva Tarjeta de Beneficios de Medicaid. Si necesita ayuda, usted también puede contactar a la persona cuyo nombre aparece en el recorte de la siguiente página.

Es muy importante que usted notifique al LDSS si usted cambia de dirección. Usted corre el riesgo de perder la cobertura de Medicaid si su dirección actual no está en los registros apropiados. Cada año, el LDSS le enviará un formulario que deberá completar y devolver. **Si este formulario es devuelto por la oficina de correos debido a que no pudo ser entregado, es posible que usted pierda la cobertura de Medicaid.**

Muchos condados tienen un programa de Cuidado Administrado de Medicaid (*Medicaid Managed Care*). Cuando usted se une al plan de Cuidado Administrado, usted utiliza proveedores y hospitales que están en su plan. Usted escoge su propio médico, quien seguirá el cuidado de su salud. A esta persona se la llama Proveedor(a) de Cuidado Primario (*Primary Care Provider*). Su Proveedor(a) de Cuidado Primario le referirá a un especialista si su condición lo requiere. Es posible que el LDSS le envíe una carta pidiéndole que escoja un programa de

Cuidado Administrado. Si usted no selecciona un programa de Cuidado Administrado, es posible que se le escoja uno. Una vez que usted participe en un programa de Cuidado Administrado, se le enviará una Tarjeta de Seguro de Salud. Esta Tarjeta de Seguro de Salud, junto con su Tarjeta de Beneficios de Medicaid, debe ser usada para obtener servicios médicos.

Si usted está recibiendo cualquier otro beneficio de salud, ya sea de un empleador(a) o bajo el seguro de su padre/madre, usted debe notificar al LDSS. Es posible que el LDSS pueda ayudar en pagar el costo de este seguro de salud. Usted no perderá su cobertura de Medicaid si usted tiene otro seguro de salud, pero usted debe notificar a los proveedores de salud médica acerca de su cobertura de manera que éstos puedan enviar sus facturas a su seguro médico antes de enviárselas a Medicaid.

Por favor **guarde esta carta en su archivo de documentos importantes y recorte la información de contacto que aparece abajo para guardarla.** Si usted necesita ayuda en obtener servicios de Medicaid o tiene alguna pregunta respecto a esta carta, usted debería llamar a la persona de contacto cuyo número se provee abajo.

Atentamente,

**Como joven elegible para Medicaid de 18 a 21 años de edad, guarde esta información con sus documentos importantes.**

Nombre \_\_\_\_\_

CIN o Número de Identificación del Cliente \_\_\_\_\_

**Persona de contacto:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_