



11 de junio de 2019

NOMBRE DEL MIEMBRO
DIRECCIÓN DEL MIEMBRO
CIUDAD, NH

Aviso importante acerca de sus beneficios. Por favor llame a la Oficina del Distrito si tiene alguna duda o pregunta. También puede solicitar servicios gratuitos de un intérprete.

¡IMPORTANTE! Lea toda esta carta sobre los requisitos de Participación comunitaria del Programa de Atención Médica Granite Advantage. Si necesita ayuda para leer o entender esta carta, comuníquese con la Línea de Servicio de atención al cliente del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-844-275-3447 (1-844-ASK DHHS)**.

Recientemente, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) le envió una carta para explicarle el requisito de Participación comunitaria en el marco del Programa de Atención Médica Granite Advantage e indicarle que su estado de participación es Obligatorio. La carta señalaba que previamente indicó que era una persona débil por razones médicas, pero todavía no había presentado su formulario de debilidad por razones médicas para estar exonerado.

Esta carta es un recordatorio amable de que aún no hemos recibido su formulario de Debilidad por razones médicas firmado por un profesional médico autorizado. En consecuencia, su Estado de Participación continúa siendo Obligatorio, a menos que recibamos la Certificación firmada del formulario de Debilidad por razones médicas. Le instamos a que complete el formulario de autorización adjunto y pida a su profesional médico autorizado que complete y firme el formulario de Debilidad por razones médicas adjunto. Los formularios completados deben presentarse lo antes posible.

*Llámenos una vez que reciba esta carta o poco después al **1-844-275-3447 (1-844-ASK DHHS)** si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario de debilidad por razones médicas.* También puede dirigirse a una oficina del distrito local y pedir ayuda personalmente. Si no cumple el requisito de horas y no está exonerado, su elegibilidad para Medicaid podría suspenderse después de dos meses consecutivos de incumplimiento.

Tenga en cuenta que su estado de participación se considera Obligatorio hasta que recibamos el Formulario de debilidad por razones médicas. Si su Estado de Participación continúa siendo obligatorio, debe cumplir 100 horas de actividades de Participación comunitaria por mes. Puede declarar horas durante todo el mes, pero debe declarar todas las horas antes del 7º día del mes siguiente. Por ejemplo, esto significa que debe declarar las horas entre el 1 de junio de 2019 y el 30 de junio de 2019 antes del 7 de julio de 2019. La tabla indica su estado Obligatorio y la cantidad de horas que necesita actualmente para cumplir con el requisito de Participación comunitaria.

N.º RID 6809058702
Identificación: AE0151

Teléfono: (603) 271-9700 o (844) 275-3447 (NH únicamente)
Acceso TDD: (800) 735-2964 (NH únicamente)

ESTADO DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Estado de participación	Fecha de comienzo de la participación	Horas mensuales		
		Obligatorias	Actuales	Necesarias
Obligatorio	06/01/2019	100	40.00	60.00

DETALLES DE HORAS INFORMADAS

Tipo	Nombre	Horas mensuales	Cálculo de horas mensuales
Regular	Tienda de comestibles	30.00	De acuerdo con la información de empleo informada
Ganancia neta	Proveedor de catering	10.00	Igual a la ganancia neta mensual antes de la depreciación dividida por el Salario mínimo federal, que actualmente es \$7.25

Cómo saber más sobre la Participación comunitaria

Para conocer más sobre la Participación comunitaria, visite <https://nheasy.nh.gov/#/granite-advantage> o llame al Servicio de atención al cliente del DHHS al 1-844-275-3447 (1-844-ASK DHHS).

La mejor manera de gestionar su Participación comunitaria es a través de NH EASY

Para crear su cuenta, diríjase a NH EASY ingresando la siguiente dirección URL en su navegador de internet: <https://nheasy.nh.gov>. Este es su **PIN de NH EASY: 1234H**. Guárdelo en un lugar seguro donde nadie más pueda verlo.

Acceda a su información de Participación comunitaria las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al Servicio de atención al cliente y seleccionando la opción Granite Advantage en el menú de Autoservicio. Este es su **PIN de Autoservicio temporal: 567Y**.

Su derecho a recibir una modificación razonable

Si tiene una discapacidad que afecta su capacidad de cumplir con el requisito de Participación comunitaria, tiene derecho a una modificación razonable de los requisitos del programa para poder participar. Podemos ayudarlo con la solicitud de exoneración o de motivo justificado, a obtener información sobre la apelación de una suspensión o la desafiliación, la declaración de sus horas de Participación comunitaria, y la lectura de nuestras cartas y las normas del programa.

Si no puede cumplir con parte o con la totalidad de las 100 horas debido a su discapacidad, podemos reducir la cantidad de horas que debe cumplir para participar, o si califica para una exoneración, podemos exonerarlo totalmente del requisito de Participación comunitaria. Nos complace ofrecerle servicios adicionales, tales como asistencia para entender el programa Granite Advantage. Algunos ejemplos de lo que podemos explicar incluyen, entre otros, notificaciones del departamento, requisitos de elegibilidad, requisitos de exoneración, cómo solicitar una exoneración, beneficios del programa, cómo determinar la elegibilidad, y cómo cumplir y declarar actividades de Participación comunitaria para mantener la elegibilidad.



01234567897

Certificación del profesional médico autorizado de la debilidad por razones médicas Programa de Atención Médica Granite Advantage

Esta certificación debe ser completada por un profesional médico autorizado que esté calificado para evaluar al beneficiario por "debilidad por razones médicas". Esta certificación se utilizará para fundamentar la decisión de que el beneficiario es una persona débil por razones médicas y queda exonerado del requisito de participación comunitaria para el Programa de Atención Médica Granite Advantage (Granite Advantage).

El beneficiario **DEBE** enviar al Departamento este formulario junto con una copia del Formulario BFA 320A Autorización del beneficiario para que un profesional médico autorizado divulgue información médica protegida. Estos formularios podrán enviarse por correo (a la dirección indicada anteriormente), por fax al 603-271-5623, presentando los formularios a través de NH EASY, o entregarse en una oficina del distrito local. Estos formularios pueden presentarse a través de NH EASY, iniciando sesión en <https://nheasy.nh.gov>, accediendo a la página de Participación comunitaria (Community Engagement) de Granite Advantage y cargando los formularios. El beneficiario podrá enviar los formularios a NH EASY o entregarlos directamente en la oficina del distrito **únicamente** si el profesional médico autorizado ha certificado que el beneficiario es una persona débil por razones médicas.

Una "persona débil por razones médicas" significa un beneficiario, tal como se define en 42 CFR 440.315 (f) (art. 440.315 (f), título 42 del Código de Reglamentos Federales), con un trastorno mental incapacitante, un trastorno crónico relacionado con el consumo de sustancias, un problema de salud grave y complejo, o una discapacidad física, intelectual o del desarrollo que le afecta de manera significativa la capacidad para llevar a cabo una o más actividades de la vida diaria, conforme a la certificación efectuada por un profesional médico.

Parte I. Información del beneficiario (en letra de imprenta)

N.º de Identificación de Medicaid: 01234567897		
Nombre: Nombre del miembro		
Dirección del domicilio (si es una persona en situación de calle escriba N/A):		Ciudad, estado, código postal:
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA):	Género: M F	Teléfono N.º: ()

Parte II. Condición causante de debilidad por razones médicas

Marque TODAS las casillas que correspondan en la tabla que mejor definan la condición causante de debilidad por razones médicas del beneficiario:

Definición	Categoría
Personas con trastornos mentales incapacitantes	<input type="radio"/> Trastorno psicótico
	<input type="radio"/> Esquizofrenia
	<input type="radio"/> Trastorno esquizoafectivo
	<input type="radio"/> Depresión severa
	<input type="radio"/> Trastorno bipolar
	<input type="radio"/> Trastorno delirante

	<input type="radio"/> Trastorno obsesivo compulsivo <input type="radio"/> Otra condición de salud mental: especifique _____
Personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias	<input type="radio"/> El beneficiario tiene un diagnóstico de trastorno relacionado con el consumo de sustancias conforme a los criterios de DSM-V*. *DSM-V se refiere a la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
Personas con condiciones médicas graves y complejas	<input type="radio"/> La persona cumple los requisitos para recibir los servicios de un centro de cuidados paliativos, <input type="radio"/> <input type="radio"/> La persona tiene una condición médica grave y compleja Y la condición afecta de manera significativa la capacidad para llevar a cabo una o varias actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés).
Personas con una discapacidad física	<input type="radio"/> La persona tiene una discapacidad física Y la condición afecta de manera significativa la capacidad para llevar a cabo una o varias actividades de la vida diaria (ADL).
Personas con una discapacidad intelectual o del desarrollo	<input type="radio"/> La persona tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo tal como se describe a continuación Y la condición afecta de manera significativa la capacidad para llevar a cabo una o varias actividades de la vida diaria (ADL). <ul style="list-style-type: none"> • La discapacidad intelectual se refiere a un funcionamiento intelectual general que está significativamente por debajo del promedio junto con deficiencias en la conducta adaptativa. • La discapacidad del desarrollo se refiere a una discapacidad que puede atribuirse a una discapacidad intelectual, parálisis cerebral, epilepsia, autismo, o una discapacidad de aprendizaje específica (o cualquier otra condición de una persona que se detecte que esté estrechamente relacionada con una discapacidad intelectual en lo que se refiere al funcionamiento intelectual general o impedimento en la conducta adaptativa, o que requiere tratamiento similar al que necesitan las personas con una discapacidad intelectual); que se manifiesta antes de los 22 años de edad y que refleja la necesidad de la persona de una combinación y secuencia de servicios especiales, interdisciplinarios o genéricos, apoyos individualizados u otras formas de asistencia durante toda la vida o por un tiempo prolongado, y que se planifican y coordinan de manera individual.

Parte III. Certificación del profesional médico autorizado

Como profesional médico autorizado que atiende a este beneficiario, por la presente certifico que el beneficiario es una persona débil por razones médicas debido a que sufre una o más de las condiciones identificadas anteriormente.

Esta certificación es válida hasta (MM/DD/AAAA): _____ (no puede superar el plazo de un año).		
Nombre del proveedor (en letra de imprenta):	Fecha:	N.º de contacto: ()
Firma del proveedor: _____ N.º _____ NPI (Identificador de Proveedor Nacional):		

Indique los comentarios adicionales del proveedor que incluyan cualquier otra consideración que deba darse para asistir la "Debilidad por razones médicas" de esta persona:

Certificación del profesional médico autorizado de la debilidad por razones médicas - Programa de Atención Médica Granite Advantage

Formulario BFA 331 (05/2019)

Página 2