



State of Tennessee
Division of TennCare
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240



abril 26, 2024

TARA BEMBRI
310 GREAT CIRCLE RD
NASHVILLE TN 37243

Hicimos un cambio en nuestra manera de enviar las cartas. Cuando sea posible, intentamos juntar todas las cartas que van a su hogar en un sobre el mismo día.

Eso significa que podría haber más de una carta para usted en este sobre. ¡Asegúrese de hojear todas las páginas para que no se vaya a pasar ninguna novedad importante!

Si tiene preguntas o necesita más ayuda, llame a **TennCare Connect** al **855-259-0701**.

Quiere ahorrar tiempo? ¡Cree su cuenta de TennCare Connect hoy mismo!

Tenga acceso a su cobertura desde cualquier lugar, en cualquier momento. Desde su cuenta en línea, puede leer las cartas que le enviamos sobre su cobertura y renovar su cobertura cuando le toque. También puede cargar documentos e informar cambios directamente desde su teléfono o computadora. Vaya a <https://tenncareconnect.tn.gov> to para empezar.

Esta página se ha dejado en blanco a propósito.



State of Tennessee
Division of TennCare
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240

abril 26, 2024

TARA BEMBRI
310 GREAT CIRCLE RD
NASHVILLE TN 37243

**¡Es hora de renovar su cobertura!
(Cobertura significa TennCare, CoverKids o
Medicare QMB/SLMB)**

Cada año tenemos que ver si aún califica para cobertura. **Esta carta es para las personas de su hogar cuya cobertura está pendiente de renovación:**

Quién	Identificación de persona
TARA BEMBRI (Edad: 14)	182261527

¿Quiere ver si puede conservar su cobertura? Usted debe completar y devolver el **Paquete de Renovación** que le llegó con esta carta **a más tardar el junio 1, 2024.**

Esa es la fecha de vencimiento de su paquete. **Esa no es la fecha en que terminará su cobertura.**

En el Paquete de Renovación, le decimos todo lo que sabemos acerca de su hogar. Necesitamos que revise la información que incluimos y nos informe sobre cualquier cambio que haya ocurrido en el último año. Podríamos hacerle preguntas acerca de las personas que forman parte de su hogar que no están enumeradas en la tabla anterior. Saber sobre las otras personas de su hogar nos ayuda a decidir si usted califica. Si necesita más espacio para contestar cualquiera de estas preguntas, adjunte una hoja de papel con la información. **Asegúrese** de escribir su nombre y este número **116011299** en cualquier hoja adicional que envíe.

Para solicitar una guía de instrucciones gratuita sobre cómo completar el Paquete de Renovación, llame a **TennCare Connect al 855-259-0701.** O lo puede conseguir en línea. Vaya a: <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/redetermination/renewal-packet-instructions.html>

Si actúa **ahora**, es posible que pueda conservar su cobertura sin interrupción. Debemos recibir su renovación a más tardar el **junio 1, 2024**. De lo contrario, su cobertura podría terminar.

Asegúrese de contestar todas las preguntas que pueda. Y asegúrese de darnos los comprobantes que pedimos para renovar su cobertura. Suministrarnos los comprobantes puede ayudarnos a tomar una decisión más rápida con respecto a su cobertura.

Hay 3 maneras de renovar su cobertura. Sólo tiene que elegir una. Envíenos su Paquete de Renovación completo y firmado a más tardar el junio 1, 2024:

- 1. Por teléfono llamando al 855-259-0701.**
O,
- 2. Complete, firme y envíenos este Paquete de Renovación.** Hay 2 maneras de hacernos llegar sus hojas.

Por correo postal: TennCare Connect

P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240

Por fax: 855-315-0669

No se olvide de conservar la hoja que dice que su fax pasó.

Nosotros utilizaremos sus respuestas para ver si puede conservar su cobertura. El tipo de cobertura que usted tiene puede haber cambiado. Para decidir, examinaremos cosas como su edad, sus ingresos familiares, cuántas personas viven con usted y si usted tiene otro seguro.

Después de revisar su paquete, le enviaremos una carta para decirle si puede o no puede conservar su cobertura. Si no puede conservar su cobertura, la carta le dirá la fecha que terminará su cobertura y cómo presentar una apelación. Si el tipo de cobertura que tiene cambia, también dirá eso.

Veremos si usted califica para estos tipos de cobertura:

TennCare Medicaid - Hay varios grupos diferentes de personas que pueden calificar para TennCare Medicaid. Algunas de esas personas son los menores de 21 años, las mujeres embarazadas, los padres o el cuidador de un niño menor de edad (que vive con usted y es un pariente cercano) o individuos que necesitan servicios y apoyo de largo plazo. Cada grupo tiene diferentes límites de ingresos. Algunos de los grupos también tienen límites en cuanto a sus pertenencias, es decir, sus "recursos". Son cosas como cuentas bancarias, coches y terrenos. La cantidad de personas que viven en su casa también cuenta.

Primero veremos si califica para TennCare Medicaid.

TennCare Standard - Es únicamente para los menores de 19 años de edad que no pueden conservar TennCare Medicaid y que no tienen acceso a otro seguro médico (por ejemplo, a través del trabajo de uno de sus padres).

CoverKids - Es para los menores de 19 años de edad o las mujeres embarazadas que no tienen otro seguro médico. Si usted no califica para TennCare Medicaid, es menor de 19 años de edad o está embarazada y satisface las otras reglas, evaluaremos su paquete para determinar si califica para CoverKids. Si califica para CoverKids, podría obtener ayuda con sus copagos si es indio americano o nativo de Alaska (consulte el Apéndice B).

Programa de Ahorros de Medicare - Este programa es para personas que tienen Medicare y califican para ayuda para pagar su participación en los costos de Medicare. Quizás lo conozca como “QMB” o “SLMB.” Estos pagan las primas de Medicare y a veces los copagos y deducibles de Medicare. Si desea ayuda para pagar su Medicare, nos tiene que decir en su paquete.

Para obtener más información sobre nuestros programas, vaya a <https://tn.gov/tenncare>.

Recuerde que para asegurar que pueda conservar la cobertura mientras revisamos su paquete, tenemos que recibirlo a más tardar el junio 1, 2024. ¿Qué ocurrirá si nos envía su Paquete de Renovación a tiempo pero lo recibimos casi o en la fecha de vencimiento? Usted podría tener una breve interrupción de cobertura. Sin embargo, una vez que registremos que devolvió su Paquete de Renovación, le devolveremos su cobertura mientras lo examinamos.

¿Qué ocurrirá si no nos envía su Paquete de Renovación a más tardar el junio 1, 2024? Usted recibirá una carta que dice cuándo terminará la cobertura que tiene ahora. En la carta también se le explicará cómo presentar una apelación.

Cuando termine su cobertura, ya no pagaremos ninguna parte de su atención médica ni medicina. ¿TennCare paga sus primas de Medicare ahora porque también tiene QMB o SLMB? Si es así y no devuelve su Paquete de Renovación, su Programa de Ahorros de Medicare también terminará. **Esto significa que TennCare dejará de pagar su prima de Medicare y su cheque del Seguro Social podría disminuir.**

Aunque reciba una carta que dice cuándo terminará su cobertura, puede de todos modos enviar su paquete y comprobantes. Si recibimos su paquete y comprobantes, los utilizaremos para ver si usted califica para TennCare Medicaid. Luego le enviaremos una carta que dice si califica o no. Si piensa que tomamos la decisión equivocada, la carta le dirá cómo apelar esa decisión.

¿Qué sucedería si recibimos su paquete antes de que termine su cobertura pero necesitamos más información o comprobantes para decidir? Le enviaremos una carta diciéndole lo que falta. Usted solamente tendrá **20 días** a partir de la fecha de esa carta para suministrarnos la información o comprobantes que necesitamos.

¿Qué ocurrirá si **no** envía la información o los comprobantes que necesitamos antes de que transcurran esos 20 días? Es posible que aún pueda conservar su cobertura. Utilizaremos la información y los papeles que nos haya dado para decidir (incluso aunque sólo nos haya dado su Paquete de Renovación). Por lo tanto, **¡no se demore!** Trate de darnos toda su información y pruebas cuando nos envíe su paquete.

¿Quiere terminar su TennCare, CoverKids o Programa de Ahorro de Medicare (como QMB o SLMB), o Katie Beckett? Si no desea más su cobertura, llame gratis a **TennCare Connect** al **855-259-0701**. Díganos cuál cobertura que desea terminar. Suspendemos su cobertura de atención médica y le enviaremos una carta que le informará sobre su fecha de finalización.

¿Hay alguien que vive con usted ahora que no tiene cobertura y quiere solicitarla TennCare, CoverKids o un Programa de Ahorro de Medicare? Utilice el **Apéndice A** para informarnos más sobre esa persona.

¿Y si no tiene cobertura de Katie Beckett pero quiere ver si califica? Este programa es para menores de 18 años con discapacidades y necesidades médicas complejas. Al no contar los ingresos o recursos del hogar, puede ayudar a un niño a calificar para Medicaid. Si cree que califica para Katie Beckett porque los ingresos o recursos de su hogar han aumentado, infórmenos. Vaya a tenncareconnect.tn.gov. Inicie sesión en su cuenta o cree una cuenta y díganos que quiere ser evaluado para Katie Beckett.

¿Necesita ayuda con esta carta porque padece un problema de salud, un problema de aprendizaje o porque tiene una discapacidad? O, ¿acaso necesita ayuda en otro idioma? Si es así, usted tiene derecho a obtener ayuda y nosotros podemos ayudarle. Lea la hoja “¿Necesita ayuda especial?” que se incluye con esta carta. Llame gratis a **TennCare Connect** al **855-259-0701**.

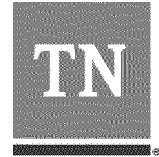
- ¿Padece una enfermedad mental y necesita ayuda con esta carta?**
TennCare Advocacy Program le puede ayudar.
Llámelos gratis al **800-758-1638**.

La gente que miente a propósito para obtener TennCare o CoverKids está sujeta a multas o encarcelamiento.

¿Es elegible usted para otros tipos de beneficios como ingresos por desempleo, ingresos por jubilación o discapacidad? Si es así, debe solicitar esos beneficios también para conservar la cobertura con nosotros.

No permitimos el trato injusto en nuestro programa.

Nadie recibe un trato diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, religión, idioma, sexo, edad o discapacidad. ¿Cree que lo han tratado injustamente? ¿Tiene más preguntas? ¿Necesita más ayuda? Puede **llamar gratis** a **TennCare Connect** al **855-259-0701**.



Paquete de renovación

Renueve más rápido en <https://tenncareconnect.tn.gov> o escanee el código QR en la siguiente página.

¡Es hora de renovar su cobertura de seguro médico!

Usaremos la información que nos envíe para ver si sigue calificando.

¿Quién puede usar este Paquete de Renovación?

- Las personas a las que está dirigido este paquete.
- Las personas de su hogar que quieran solicitar nuestros programas. Nuestros programas incluyen TennCare Medicaid, CoverKids y Medicare Savings Program (como TennCare QMB y TennCare SLMB). Pero no pueden usar este paquete para **solicitar** Katie Beckett. Deben ir a <https://tenncareconnect.tn.gov> para decirnos que quieren ser evaluados para Katie Beckett.

Si alguien le está ayudando a llenar esto, es posible que necesite completar la sección **Ayuda para completar este Paquete de Renovación**.

En este Paquete de Renovación, le decimos todo lo que sabemos acerca de su hogar.

Esto es lo que necesitamos de usted:

1. Revise los datos que tenemos para asegurarse de que son correctos.
2. Infórmenos de cualquier cambio que haya ocurrido en el último año (y envíenos comprobantes de estos cambios).
3. Conteste todas las preguntas que pueda.

Para hacer cambios, puede tachar lo que tenemos y escribir su cambio. O escriba sus cambios en otra hoja de papel y envíela con su paquete de renovación. **Asegúrese** de escribir su nombre y este número **116011299** en cualquier otra hoja que nos envíe.

Cosas que podría necesitar para completar este Paquete de Renovación

- Números de Seguro Social (o números de documento para cualquier inmigrante legal que necesite seguro médico).
- Información sobre empleadores y los ingresos de todos los miembros de su familia (por ejemplo, talonarios de cheques de paga, formularios W-2, estados de cuenta bancarios o declaraciones de impuestos y salarios). Asegúrese también de enviar comprobante de sus ingresos. Tener este comprobante puede ayudarnos a decidir más rápido si puede conservar la cobertura.
- Los números de póliza de cualquier seguro médico que tenga ahora (aparte de TennCare o CoverKids).
- Información sobre cualquier seguro médico relacionado con el trabajo disponible para su familia.

¿Por qué pedimos esta información?

Debemos renovar su elegibilidad cada año. **Como lo dispone la ley, mantendremos privada y segura toda la información que nos proporcione.** Para ver cómo utilizamos su información, vaya a: <https://www.tn.gov/tenncare/legal/hipaa-privacy-information.html>



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Hay 3 maneras de renovar su cobertura. Sólo tiene que escoger un método. Envíenos su Paquete de Renovación completo y firmado a más tardar el junio 1, 2024:

1. **Usando TennCare Connect para renovar en línea en <https://tenncareconnect.tn.gov> o escanee el código QR.** Inicie sesión en su cuenta y seleccione “Renew my Coverage” (Renovar mi cobertura). ¿Aún no ha creado una cuenta en línea o bajado la app? Vaya a <https://tenncareconnect.tn.gov> para averiguar más.

¿Quiere renovar su cobertura más rápido? Escanee el código QR abajo. Si no tiene una cuenta de TennCare, puede escanear el código QR y hacer clic en el botón Get Started (Comenzar). Después de crear una cuenta e iniciar una sesión, seleccione Link My Case (Vincular mi caso) en el menú de la parte superior. Tendrá que introducir su Número de Seguro Social (SSN) para vincular su caso a su cuenta de TennCare Connect. O puede ingresar su identificación de persona que se encuentra en esta carta, al lado de su nombre.



2. **Por teléfono llamando al 855-259-0701.**
3. **Complete, firme y envíenos este Paquete de Renovación.** Hay 2 maneras de hacernos llegar sus hojas.

Por correo postal: TennCare Connect

P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240

Por fax: 855-315-0669

No se olvide de conservar la hoja que dice que su fax pasó.

¿Qué ocurrirá después?

¿Y si no tiene toda la información que pedimos cuando es el momento de enviarnos su Paquete de Renovación? Firme y envíenos su Paquete de Renovación de todos modos.

Después de que recibamos su paquete, veremos si nos faltan datos de usted. Entonces le enviaremos una carta pidiéndole que nos envíe los datos que todavía necesitamos.

Después de que recibamos su Paquete de Renovación y datos, revisaremos su información. Le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión. Si tiene preguntas, llámenos gratis al **855-259-0701**. Completar este Paquete de Renovación no significa que usted tiene que comprar un seguro médico.

Obtenga ayuda con este Paquete de Renovación

Llámenos al **855-259-0701**. Podemos ayudarle con las preguntas sobre el Paquete de Renovación por teléfono.



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

O, para solicitar una Guía de Instrucciones gratuita sobre cómo completar el Paquete de Renovación, llame a **TennCare Connect** al **855-259-0701**. **O bien**, vaya a <https://tn.gov/tenncare> para obtener una copia en línea. Puede verla en línea o descargarla. La Guía de Instrucciones ayuda a explicar las preguntas que hacemos. También le informa más acerca de los comprobantes que necesitamos de usted.

¿Y si necesita ayuda personal con su Paquete de Renovación?

- La oficina local de Department of Human Services le puede ayudar. Para saber dónde se encuentra la oficina local, vaya a <https://tn.gov/humanservices> y haga clic en “Office Locations” al final de la página o llame al **866-311-4287**.
- Si está recibiendo atención en un centro local de salud mental de la comunidad, ellos también pueden ayudarle. Hay una lista de sus oficinas en <https://www.tamho.org/#services>.
- Si tiene una discapacidad, alguien puede incluso ir a su casa para ayudarle a solicitar TennCare. Simplemente llame a la Agencia Local para Discapacidades y Senectud (Area Agency on Aging and Disability) al 866-836-6678.



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Parte 1: Su hogar

Comience por repasar abajo la información que tenemos en nuestros expedientes.

1. **¿Siguen viviendo juntas las personas mencionadas a continuación?** Marque la casilla “Sí” o “No” para cada persona que aparece en la tabla a continuación.

Si tenemos el número de Seguro Social para las personas que figuran, indicaremos “En el expediente”. No mostraremos el SSN aquí. Si la columna SSN está en blanco, escriba en el SSN de la persona. Utilizamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para que no tengamos que pedirle que nos envíe comprobantes. Usaremos información personal **sólo** para ver si califica para cobertura. Como lo dispone la ley, mantendremos privada y segura toda la información que nos proporcione.

No es necesario proporcionar un número de Seguro Social (SSN) para los miembros de la familia que no quieren cobertura en nuestros programas. Darnos el SSN de estos miembros de la familia puede ayudar a acelerar su renovación.

Nombre	Edad	Sexo	SSN	¿Sigue viviendo con usted?
TARA BEMBRI	14	Femenino	En archivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

2. **Marque la casilla para informarnos su raza (Marque todo lo que corresponda):**

TARA BEMBRI (Edad: 14)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> De otra islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático, otro | <input type="checkbox"/> Indio nativo estadounidense o nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Filipino |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Guamanio o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

3. **¿Hay otras personas que viven con usted que no están enumeradas arriba?** Si sí, o si tiene otros dependientes fiscales que no figuran en la lista anterior, **díganos cómo están relacionados con las personas que hemos incluido en su hogar.**

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Esta persona es el/la: _____ de **TARA BEMBRI (Edad: 14).**



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

TN 4013.14

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Esta persona es el/la: _____ de **TARA BEMBRI (Edad: 14)**.

¿Alguna de las personas que agregó quiere solicitar porque no tiene TennCare, CoverKids o TennCare QMB/SLMB ahora? Usted debe completar y enviar el Apéndice A para cada persona que desee presentar la solicitud. Pero no puede usar el Apéndice A para solicitar Katie Beckett. Debes conectarte a <https://tenncareconnect.tn.gov> y decirnos que quieres que te revisen para Katie Beckett.

4. ¿Son correctos las direcciones del hogar y los números de teléfono que se muestran a continuación? Sí No

Si no, marque la información incorrecta y escriba la información correcta en el espacio proporcionado.

Dirección residencial (si no es la misma que la dirección postal)			Número de apartamento o suite
310 GREAT CIRCLE RD			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
NASHVILLE	TN	37243	DAVIDSON
Nueva dirección residencial:			
Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial)			Número de apartamento o suite
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Nueva dirección postal:			
Teléfono durante el día		Dirección de correo electrónico	
Actualizar:			

5. ¿Todos los miembros del hogar son residentes de Tennessee? Sí No

Si no, díganos quién: _____

- ¿Está viviendo fuera del estado temporalmente? Sí No

Si sí, ¿tiene planeado regresar a Tennessee? Sí No

Fecha en que planea regresar a Tennessee: _____ (mm/dd/aaaa)



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

6. **¿Alguien de su hogar está en la cárcel o prisión?**

Sí No

Si sí, díganos quién: _____

Parte 2: Impuestos

1. **¿Alguien del hogar planea presentar una declaración de impuestos federal en el próximo periodo de declaración de impuestos?** (Puede renovar aunque no declare impuestos.) Sí No

Si sí, nombre de la(s) persona(s) que presenta(n) la declaración de impuestos:

Si esta persona **declarará junto con su cónyuge**, escriba el nombre del cónyuge:

¿Esta persona vive fuera del hogar? Sí No

Si esta persona **reclamará dependientes** en la declaración de impuestos, escriba el nombre y la fecha de nacimiento de cada dependiente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

Si tiene más dependientes que reportar, proporcione su información en otra hoja de papel.

Recuerde incluir su nombre y este número **116011299** en la hoja separada.

2. **¿Usted o alguien de su hogar será reclamado como dependiente fiscal por otra persona en el próximo periodo de declaración de impuestos?** Sí No

Si sí, nombre del dependiente fiscal _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del contribuyente y relación con el dependiente fiscal: _____

¿El contribuyente vive con esta persona? Sí No

3. **Usted o alguien de su hogar tiene algún gasto que se puede deducir en una declaración de impuestos federal como interés de préstamo estudiantil, gastos de mudanza militar o pensión alimenticia pagada (indique la fecha de la orden de pensión alimenticia)?** Sí No.

Si sí, indique el gasto.

Gasto _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Gasto _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Gasto _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Parte 3: Información sobre el trabajo actual y los ingresos

Esta información es sobre todos los que forman su hogar. Asegúrese de revisar la información de Empleos e Ingresos de todos los que forman su hogar e informarnos sobre cualquier cambio. Cuando nos envíe su Paquete de Renovación, no olvide los comprobantes de ingresos. Esto podría ser cosas como talonarios de cheque de paga o estados de cuenta bancarios. Tener este comprobante puede ayudarnos a decidir más rápido si puede conservar la cobertura.

1. Nuestros expedientes indican que nadie de su hogar está empleado o le pagan por trabajar en un trabajo. ¿A alguien de su hogar ahora le pagan por trabajar en un trabajo? Sí No

Si sí, díganos sobre eso abajo. Adjunte copias de los talonarios de cheques de paga de las últimas 8 semanas. Si no tiene 8 semanas de comprobantes, envíenos lo que tenga. Si trabaja por cuenta propia, adjunte sus expedientes de ingresos y declaración de gastos empresariales o recibos de los últimos 30 días. Si recibe propinas que no figuran en sus talonarios de cheques de paga, incluya la cantidad total de propinas recibidas en los últimos 30 días.

Nombre	Empleador	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuántas horas trabajó en una semana?

Adjunte una hoja de papel si necesita más espacio para enumerar el empleo, trabajo por cuenta propia o propinas de su familia. Recuerde incluir su nombre y este número **116011299** en la hoja separada.

2. Durante los últimos 30 días, ¿alguien recibió otros ingresos? Esto podría ser ingresos como Seguro Social, desempleo, pensiones, cuentas de jubilación, pensión alimenticia, ingresos netos de agricultura/pesca, ingresos netos de alquileres/regalías, o cualquier otro dinero. Sí No
Si sí, díganos abajo.

Nombre	Tipo	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

Si tiene ingresos del Seguro Social, conteste la siguiente pregunta:

¿Alguien aparte de uno de sus padres (si es menor de 18 años de edad) o su cónyuge le ayuda a pagar su comida o vivienda cada mes? (La vivienda incluye gastos tales como renta, hipoteca, seguro de propiedad, gas, electricidad, combustible para calefacción, agua, alcantarillado, servicio de recolección de basura o impuestos a la propiedad.) Sí No



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Si sí, conteste las preguntas a-g.

- a. ¿La persona que le ayuda a pagar esto vive con usted? Sí No
- b. ¿Qué le ayuda a pagar? _____
- c. ¿Cuánto es este gasto o cuenta? \$ _____
- d. ¿Cuánto paga usted? \$ _____
- e. ¿Cuánto paga la persona? \$ _____
- f. ¿Número de personas en el hogar? _____
- g. ¿Todas las personas que viven con usted reciben algún tipo de asistencia pública? (La asistencia pública incluye Families First, SSI, asistencia en caso de desastres y emergencias, pensión de la Administración de Veteranos, socorro y asistencia de la Administración de Veteranos, la Ley de Refugiados de 1980 o programas de asistencia del gobierno estatal o local basados en la necesidad.) Sí No

Parte 4: La cobertura de seguro médico de su familia

Díganos acerca de otra cobertura de seguro médico de su hogar.

- 1. **¿Alguien de su familia se inscribió en otra cobertura de seguro médico en el último año?**
 Sí No **Si SÍ**, complete la tabla a continuación.

Nombre del plan de seguro médico: _____	
¿Quién está cubierto?	
Nombre: _____	Nombre: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Tipo de seguro:	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> TRICARE
<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Peace Corps
<input type="checkbox"/> Nombre del seguro de empleador _____	<input type="checkbox"/> Programas de Seguro Médico de la AV
	<input type="checkbox"/> Plan de seguro médico para jubilados
¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es un plan de seguro médico para jubilados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Este plan cubre beneficios de maternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

¿Hay otro seguro para agregar para alguien más de su hogar?

Nombre del plan de seguro médico: _____	
¿Quién está cubierto?	
Nombre: _____	Nombre: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Tipo de seguro:	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> TRICARE
<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> Peace Corps
<input type="checkbox"/> Nombre del seguro de empleador _____	<input type="checkbox"/> Programas de Seguro Médico de la AV
	<input type="checkbox"/> Plan de seguro médico para jubilados
¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidente escolar)?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es un plan de seguro médico para jubilados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Este plan cubre beneficios de maternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

2. **¿Alguien que aparece en este Paquete de Renovación tiene acceso a otra cobertura de seguro médico a través de un trabajo?** Marque sí aunque la cobertura sea del trabajo de otra persona, como uno de los padres o su cónyuge. Marque sí aunque la cobertura se le ofrezca pero usted no se ha inscrito. Sí No
 Si sí, díganos quién: _____

3. **¿Usted o alguien de su hogar perdió Medicare porque volvió al trabajo y ganaba más dinero de lo permitido por su límite del Seguro Social?** Sí No
 Si sí, díganos quién: _____
 Si sí, díganos quién: _____


Parte 5: Preguntas Parte 1

Conteste estas preguntas para todos de su hogar. Marque la casilla junto a la(s) pregunta(s) que se aplica(n) a usted.

1. **¿Está usted o alguien que vive con usted embarazada ahora O estuvo embarazada en los últimos 12 meses?** Sí NO Si sí, díganos quién.
 Nombre: _____ Fecha de parto prevista o la fecha cuando terminó el embarazo: _____
 ¿Cuántos bebés estuvo/está esperando en este embarazo? _____
 Nombre: _____ Fecha de parto prevista o la fecha cuando terminó el embarazo: _____
 ¿Cuántos bebés estuvo/está esperando en este embarazo? _____

2. **¿Usted o alguien de su hogar vive con por lo menos un niño menor de 18 años (o el niño tiene 18 años y es estudiante de tiempo completo)? Y, ¿es usted o alguien de su hogar la persona principal que cuida a este niño?** Sí No

Si sí, Nombre(s) del/los cuidador(es) principal(es): _____

 **¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación?** Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Nombre de cada niño y relación con el cuidador principal:	
Nombre: _____	Relación con el cuidador: _____
Nombre: _____	Relación con el cuidador: _____
Nombre: _____	Relación con el cuidador: _____
Nombre: _____	Relación con el cuidador: _____

3. **¿Usted o alguien de su hogar tiene 21 años de edad o menos y es estudiante?** Sí No
Si sí, díganos quién.
Nombre: _____
Esta persona está inscrita: Tiempo completo Tiempo parcial Menos de tiempo parcial
Nombre: _____
Esta persona está inscrita: Tiempo completo Tiempo parcial Menos de tiempo parcial
Nombre: _____
Esta persona está inscrita: Tiempo completo Tiempo parcial Menos de tiempo parcial
4. **¿Estuvo usted o cualquier persona de su hogar en un hogar de crianza (*foster*) a los 18 años o más de edad y también recibía Medicaid?** Sí No
Si sí, díganos quién. _____
5. **¿Usted o cualquier persona de su hogar tiene menos de 65 años de edad y está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para cáncer de mama o de cuello del útero?** Sí No
Si sí, díganos quién _____
6. **¿Usted o alguien de su hogar está en un establecimiento médico ahora (como un hospital) y ha estado allí por lo menos 30 días? O, ¿está en un establecimiento médico ahora y estará allí por lo menos 30 días?** Sí No
Si sí, díganos quién: _____
¿Cuándo fue internado en el establecimiento médico? _____
(Opcional) Díganos el nombre del establecimiento médico en la que se encuentra:

(Opcional) Díganos el nombre y número de teléfono del doctor:



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Parte 6: Preguntas Parte 2

Conteste estas preguntas para todos de su hogar. Marque la casilla junto a la(s) pregunta(s) que se aplica(n) a usted. Si respondió **Sí** a cualquier pregunta en esta sección, llene la sección de Recursos.

- ¿Recibió usted o alguien de su hogar Seguridad de Ingreso Suplementario, o beneficios de SSI, en el pasado pero ya no?** Sí No
Si sí, díganos quién _____
Si sí, ¿cuándo terminó eso? _____
- ¿Usted o alguien de su hogar vive en un centro médico o casa de convalecencia?**
 Sí No
Si sí, díganos quién _____
¿Cuál es el nombre del centro médico o la casa de convalecencia?

¿Cuándo empezó a recibir atención en el centro o la casa de convalecencia? _____
Si sí, díganos quién _____
¿Cuál es el nombre del centro médico o la casa de convalecencia?

¿Cuándo empezó a recibir atención en el centro o la casa de convalecencia? _____
- ¿Necesita atención por convalecencia en una casa de convalecencia o en su hogar?**
 Sí No
Si sí, díganos quién.
Nombre: _____ Nombre: _____
- ¿Usted o alguien de su hogar calificaría para atención en una casa de convalecencia pero en su lugar quiere atención en el hogar?** Sí No
Si sí, díganos quién.
Nombre: _____ Nombre: _____
- ¿Usted o alguien de su hogar calificaría para atención en un Centro de Atención Intermedia para Individuos con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID), pero en su lugar quiere atención en el hogar?** Sí No
Si sí, ¿tiene esta persona discapacidades intelectuales (un IQ de 70 o menos) que haya comenzado antes de los 18 años de edad? Sí No
Si sí, díganos quién.
Nombre: _____ Nombre: _____
- ¿Usted o alguien de su hogar tiene cónyuge (esposo o esposa) que no vive también en su casa?** Sí No
Si sí, díganos quién. _____
¿Por qué no vive en esta casa esa persona? _____
- ¿Recibe usted o alguien de su hogar Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) en CHOICES o PACE?** Sí No
Si sí, díganos quién.
Nombre: _____ Nombre: _____



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

8. **¿Está recibiendo usted o alguien de su hogar HCBS a través de las exenciones agregadas integrales con límite (CAC), estatales o de autodeterminación para las personas con discapacidades intelectuales?** Sí No

Si sí, díganos quién.

Nombre: _____ Nombre: _____

9. **¿Usted o alguien de su hogar tiene discapacidades intelectuales y/u otras discapacidades del desarrollo y quiere recibir Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) y participar en Employment and Community First CHOICES?** Sí No

Si sí, díganos quién.

Nombre: _____ Nombre: _____

También debe completar un referido en línea en:

<https://perlss.tennCare.tn.gov/externalreferral>

10. **¿Usted o alguien de su hogar requiere atención para enfermos terminales (hospicio)?**

Sí No

Si sí, díganos quién: _____

Si sí, díganos quién: _____

11. **¿Usted o alguien de su hogar tiene derecho a Medicare y quiere obtener o conservar ayuda para pagar su costo compartido de Medicare, como QMB o SLMB?** Estos pagan sus primas de Medicare y a veces sus copagos y deducibles de Medicare. Sí No

Si sí, díganos quién.

Nombre: _____ Nombre: _____

12. **¿Usted o alguien de su hogar está embarazada o es menor de 21 años de edad?**

Sí No

Si sí, ¿usted o alguna persona de su hogar ha recibido atención médica o medicina en los últimos 3 meses y tiene cuentas (que ya pagó o que no ha pagado) por esa atención médica o medicina? ¿O ha pagado cuentas médicas este mes (no importa su antigüedad)? Sí No

Si sí, indique las facturas médicas o dentales por atención o medicamentos que haya recibido en los últimos 3 meses

¿En dónde lo atendieron?	¿Por cuánto es la factura?	¿Cual fue la fecha del servicio?

Para ver más sobre las facturas permitidas, vaya a

<https://www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/MedicallyNeedySpendDown.pdf>.

13. **¿Usted o alguien de su hogar tiene 21 años de edad o menos y es estudiante?** Sí No

Si sí, díganos quién: _____



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Katie Beckett es solo para niños menores de 18 años que tienen necesidades médicas complejas pero que no califican para Medicaid debido a los ingresos o recursos de sus padres. Si califica para Medicaid, no se puede inscribir en Katie Beckett. Si no califica para Medicaid, puede presentar la solicitud en línea aquí <https://tenncareconnect.tn.gov>.

Importante: Si usted o alguien de su hogar **no respondió sí a cualquier pregunta de 1 a 13**, puede omitir las preguntas sobre los gastos y los recursos. Comience en “Ayuda para completar su Paquete de Renovación”.

Si usted o alguien de su hogar **respondió sí a cualquier pregunta de 1 a 13**, puede omitir las preguntas sobre los gastos y los recursos.

Parte 7: Gastos

Sólo responda a estas preguntas si alguien dijo “sí” a una de las 13 preguntas anteriores

1. ¿Paga usted u otra persona de su hogar cuidado infantil o cuidado de un miembro del hogar que está discapacitado?
 Sí No

Si sí, complete las casillas a continuación. Envíe comprobante que indique **quién es la persona que cuida y cuánto le paga**. Debe decir cuánto le paga usted y cada cuándo.


¿Quién recibe este cuidado?	¿Quién paga este cuidado?	¿Qué cantidad?	¿Con qué frecuencia?

2. ¿Usted o usted u otra persona de su hogar tiene gastos de cosas que lo ayuden a trabajar porque está ciego o discapacitado? O bien, ¿tiene facturas médicas pendientes (incluso aunque ya nos las haya enviado)?
 Sí No

Si sí, complete las casillas a continuación. Envíe comprobante de cuánto paga. Debe decir cuánto le paga usted y cada cuándo. Son cosas como dispositivos médicos, servicios médicos y terapia.

Nombre	¿Cuál es el gasto?	¿Quién lo paga?	¿Qué cantidad?	¿Con qué frecuencia?

Para ver más sobre los gastos permitidos, vaya a www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/ABDIncomeDisregardsandExpenses.pdf.

 **¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación?** Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Parte 8: Recursos

Complete esta sección únicamente si alguien contestó “sí” a una pregunta en Preguntas Parte 2.

1. Nuestros expedientes indican que nadie de su hogar tiene recursos (activos). ¿Alguien de su hogar tiene algún recurso económico? Sí No
2. ¿Usted o alguien que vive con usted posee recursos (activos) ? Marque todas las respuestas que correspondan.

Tipo de recurso	Nombre del propietario	¿Cuál es el valor? (\$)	¿Cuánto debe todavía? (\$)
<input type="checkbox"/> Efectivo y cuentas bancarias			N/A
<input type="checkbox"/> Cuentas de Club Navideño			N/A
<input type="checkbox"/> Cuentas de ahorro o de sindicato			N/A
<input type="checkbox"/> Contrato de servicios funerarios irrevocable			
<input type="checkbox"/> Contrato de servicios funerarios revocable			
<input type="checkbox"/> Lotes de cementerio			
<input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios			
<input type="checkbox"/> Motocicleta o lancha			
<input type="checkbox"/> Automóvil, camioneta o vehículo de motor			
<input type="checkbox"/> RV o cámper			
<input type="checkbox"/> Fondos mutuos, acciones, bonos			
<input type="checkbox"/> Cuentas 401(k), IRA o Keogh			N/A
<input type="checkbox"/> Préstamo (dinero que le deben)			
<input type="checkbox"/> Certificados de ahorro o CD			
<input type="checkbox"/> Cuentas con ventajas fiscales			
<input type="checkbox"/> Propiedad o terreno			
<input type="checkbox"/> Póliza de seguro de vida			N/A
<input type="checkbox"/> Otra:			

Adjunte un comprobante que indique quién es el propietario estos recursos y el valor actual. No tiene que adjuntar comprobante del valor del vehículo o de su casa.



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

3. En los últimos 60 meses (5 años), ¿ha vendido, regalado o transferido alguna de las cosas que posee (enumeradas anteriormente en la sección de Recursos) por menos de lo que vale?

Sí No **Si sí**, complete las casillas a continuación. Necesitaremos comprobantes de lo que ha vendido o regalado. El tipo de comprobante que puede proporcionar es algo que demuestre cuánto valía, cuánto debía y en cuánto lo vendió.

¿Qué es lo que vendió, intercambió por otra cosa o regaló? _____

¿Quién era el dueño de este recurso? _____

¿A quién le vendió, intercambió o regaló este recurso? _____

¿Por qué vendió, intercambió o regaló este recurso? _____

¿En qué fecha vendió, intercambió o regaló este recurso? _____

¿Cuánto valía? _____

¿Cuánto dinero se recibió cuando el recurso fue vendido, intercambiado o regalado? _____

4. En los últimos 12 meses (1 año), ¿alguien de su hogar recibió una suma grande de dinero? Podría ser de liquidación de seguro, dinero que le debía el Seguro Social o un premio de la lotería. Sí No

Si sí, complete las casillas a continuación. Necesitaremos comprobante de la suma de dinero. El tipo de comprobante que puede darnos es documentos bancarios o una carta de adjudicación que indique cuánto obtuvo.

Nombre	Díganos quién	¿Cuánto recibió?	¿ Cuándo recibió esta suma?

Parte 9: Ayuda para completar este Paquete de Renovación

¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación?


Puede llamar a **TennCare Connect** al **855-259-0701**.

¿Y si necesita ayuda personal con su Paquete de Renovación?

La oficina local de Department of Human Services le puede ayudar. Para saber dónde se encuentra la oficina local, vaya a <https://tn.gov/humanservices> y haga clic en “Office Locations” al final de la página o llame al **866-311-4287**.

Si está recibiendo atención en un centro local de salud mental de la comunidad, ellos también pueden ayudarle. Hay una lista de sus oficinas en <https://www.tamho.org/#services>.

Si tiene una discapacidad, alguien puede incluso ir a su casa para ayudarle a solicitar TennCare. Simplemente llame a la Agencia Local para Discapacidades y Senectud (Area Agency on Aging and Disability) al 866-836-6678.

 **¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación?** Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

¿Tiene un representante autorizado que pueda hablar con nosotros o tomar decisiones sobre su Paquete de Renovación en su nombre? Esta es una persona de confianza quien, con su consentimiento, hará lo siguiente:

- hablar con nosotros sobre este Paquete de Renovación y su atención médica,
- ver su información,
- actuar en su nombre en asuntos relacionados con este paquete y su cobertura (incluso la obtención de información sobre su Paquete de Renovación),
- y firmar su Paquete de Renovación en su nombre

Su representante autorizado puede ser un individuo o una organización. La información divulgada por y a su representante puede ser divulgada a otros. No todos tienen que seguir las mismas reglas de privacidad.

Su representante continuará teniendo estos derechos hasta que usted nos diga que desea cambiar. Si alguna vez necesita cambiar a su representante autorizado o anular sus derechos como su representante, llame a **TennCare Connect** al **855-259-0701**. Esto no cambiará los datos que ya hemos divulgado a su representante, pero no divulgaremos más datos.


Si usted o alguien en este Paquete de Renovación ya tiene un representante legalmente designado (un guardián, custodio o apoderado), envíenos el comprobante con el paquete. Es útil enviarlo aunque ya nos haya dado ese comprobante. Recuerde, debemos tener un comprobante de su representante autorizado en nuestros archivos antes de que podamos hablar con él/ella.

Puede elegir a un representante indicando su información a continuación.

1. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)			
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite	
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal	7. Condado
8. Número de teléfono			
9. Firma			

Díganos los derechos y obligaciones que desea que su representante autorizado tenga:

- Completar y enviar un formulario de renovación
- Recibir copias de sus avisos de la agencia
- Actuar en su nombre en todos los demás asuntos con la agencia

 **¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación?** Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Si su representante forma parte de una organización que le ayuda a renovar su cobertura, como un hospital, un médico o una casa de convalecencia, el empleado representante debe completar la información y firmar a continuación.

Él o ella también debe aceptar que:

Como empleado, miembro del personal o voluntario de la organización o proveedor nombrado a continuación, afirma que observará 42 CFR 431(f), 42 CFR 155.260(f) y 45 CFR 447.10, así como otras leyes estatales y federales pertinentes sobre los conflictos de intereses y la confidencialidad de la información. La organización o proveedor deberá notificar a la Agencia cualquier cambio en el nombre o información de contacto del representante en un plazo de diez (10) días del cambio.

1. Nombre de la organización (si corresponde)	2. Número de identificación (si corresponde)
3. Firma del representante autorizado (si corresponde)	4. Fecha (si corresponde)

¿Cuánto tiempo desea que su Representante Autorizado lo ayude?

3 meses 5 meses 1 año Continuamente

Si alguna vez necesita cambiar a su Persona que le Ayuda o quiere o anular sus derechos como su representante, llame gratis a **TennCare Connect** al **855-259-0701**



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Rev: 17Mar24

Parte 10: Lea y firme este Paquete de Renovación.

Todavía hay una página más que debe completar. Es para que usted **lea y firme** este Paquete de Renovación.

- Firmo esta página bajo pena de perjurio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas con el fin de solicitar o renovar mi cobertura de seguro médico o reportar cambios para la persona nombrada en esta el Paquete de Renovación y sus suplementos a mi mejor saber y entender.
- Sé que debo informar a **TennCare** si cualquier cosa cambia (y es diferente) de lo que contesté en el Paquete de Renovación en un plazo de 10 días de ese cambio. Puedo reportar cambios en línea en <https://tn.gov/tenncare>. Puedo llamar al **855-259-0701** para reportar cualquier cambio. Puedo enviar por correo los cambios a **TennCare Connect** a P.O. Box 305240, Nashville, TN 37230-5240. Puedo enviar los cambios por fax al 1-855-315-0669. Alguien de una de las oficinas del DHS del condado puede ayudarme a reportar un cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de miembros de mi hogar.
- Sé que en virtud de la ley federal, la discriminación no está permitida por raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Si piensa que ha sido tratado de una manera injusta, llame al **855-259-0701** para reportarlo. La llamada es gratis.
- Sé que si me aprueban, no puedo conservar ningún pago médico o pago de seguro médico que reciba de un seguro u otras compañías. Esos pagos le pertenecen al Estado. Entiendo que debo cedérselos al Estado.
- Sé que TennCare puede usar la dirección de correo electrónico (o número de teléfono móvil) que proporcioné para enviarme mensajes de correo electrónico o mensajes de texto (SMS) relacionados con mi cobertura, dependiendo de mis preferencias de comunicación. TennCare y sus socios también pueden usar el número de teléfono que proporcioné para llamarme con respecto a mi cobertura.
- Sé que si la Oficina de Investigaciones de Tennessee TennCare, la Oficina del Inspector General u otra dependencia me pide ayuda para pillar fraude y abuso, debo ayudar.
- Sé que si el Estado paga facturas médicas o atención en casa de convalecencia en mi nombre, el Estado puede recuperar ese dinero. Sé que después de mi muerte, el Estado el estado podría recuperar dinero de mi patrimonio.
- Sé que nadie más puede usar mi tarjeta de seguro médico. Sé que si dejo que otra persona use mi tarjeta, tal vez tenga que pagarle al Estado las cuentas médicas de esa persona. Y podría ir a la cárcel.
- Si tengo un Número de Seguro Social (SSN) y estoy solicitando cobertura, sé que tengo que proporcionar un SSN válido. La ley federal nos permite pedir un SSN. [42 CFR 435.910, Tenn. Code Ann § 71-5-106]
- Si alguna persona en el Paquete de Renovación es elegible para cobertura de seguro médico con TennCare, le concedo a TennCare los derechos de pedir y obtener dinero de otro seguro médico, acuerdos legales u otros terceros. También le concedo a TennCare derechos para buscar y recibir apoyo médico de un cónyuge o padre.
- ¿Hay algún niño en esta Paquete de Renovación cuyo padre o madre vive fuera de la casa? Si sí, sé que se me pedirá que coopere con la agencia que recolecta la manutención médica de los padres ausentes. Si creo que cooperar para obtener apoyo médico me perjudicará o perjudicará a mis hijos, puedo decírselo a TennCare y posiblemente no tenga que cooperar.
- Si pienso que TennCare o CoverKids (CHIP) ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien que yo pienso que la medida es incorrecta y pedir una revisión imparcial de la medida. Sé que puedo ser representado en el proceso por alguien que no sea yo. Me explicarán mi elegibilidad y otra información importante. Sé que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con **TennCare Connect** en el **855-259-0701**.
- Entiendo que si soy elegible para otros tipos de beneficios como discapacidad, ingresos por desempleo o ingresos por jubilación, debo solicitar esos programas si deseo conservar la cobertura con TennCare.
- Si creo que TennCare está tardando más de 45 días (o más de 90 días si solicité atención a largo plazo), puedo solicitar una “audiencia por demora”. Sé que puedo pedir una audiencia por demora llamando a **TennCare Connect** al **855-259-0701**.



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Rev: 17Mar24



Renovación de cobertura en años futuros

Por lo general, debemos renovar su elegibilidad cada año para ver si aún califica. Para facilitar la renovación de su cobertura, podemos utilizar fuentes federales, como información de sus declaraciones de impuestos. Necesitamos su autorización para utilizar sus datos de los impuestos. No importa si no nos da su permiso. Nos comunicaremos con usted cuando le toque renovar cada año. Por favor, elija una opción a continuación.

Sí, tienen permiso para renovar mi elegibilidad usando datos de mis impuestos.

Si sí, ¿por cuántos años? 1 año 2 años 3 años 4 años 5 años

No, no utilicen información de declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

Intentaremos verificar los recursos de su hogar mediante una agencia de crédito del consumidor para facilitarle el proceso. ¿Nos da su autorización para comprobar los recursos de su hogar a través de una agencia de crédito del consumidor?

Sí No

Tiene derecho a la información que la agencia de crédito del consumidor tiene sobre sus recursos si la solicita en un plazo de 60 días. Si tiene preguntas, llame a la agencia de crédito del consumidor al 1-888-288-1345 o visite www.accuity.com.

Su derecho de apelar

Si pienso que TennCare ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien que yo pienso que la medida es incorrecta y pedir una revisión imparcial de la medida. Sé que puedo averiguar cómo apelar llamando a **TennCare Connect** al **855-259-0701**. Sé que puedo ser representado en el proceso por alguien que no sea yo. Me explicarán mi elegibilidad y otra información importante.

Firme este Paquete de Renovación en el espacio de abajo. La persona que completó la solicitud o el Paquete de Renovación debe **firmar abajo**. ¿Está firmando esto como un representante autorizado? Entonces también debe proporcionar un comprobante de que usted es el Representante Autorizado. El solicitante o miembro puede llamar a TennCare Connect al 855-259-0701 o iniciar sesión en su cuenta en el portal para miembros TennCare Connect para informarnos de que usted es el Representante Autorizado. O visite: <https://www.tn.gov/tenncare/legal/hipaa-forms-and-agreements.html>, imprima y complete las páginas que necesite. Luego envíeles esta hoja firmada.

Firma:

Nombre en letra de imprenta

Fecha (mm/dd/aaaa)

Parte 11: Envíe el Paquete de Renovación completado por correo postal o fax



¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Envíe su Paquete de Renovación firmado a la dirección de abajo. Asegúrese de incluir el Apéndice A y/o el Apéndice B si es necesario.

TennCare Connect

P.O. Box 305240

Nashville, TN 37230-5240

También puede enviar por fax su solicitud a **855-315-0669**. No se olvide de enviar los comprobantes que necesitamos para decidir si puede conservar la cobertura.

Parte 12: Registro de Votantes

TennCare es una agencia para el registro de votantes. Si quiere, hoy puede presentar la solicitud para registrarse para votar.

Para registrarse para votar:

- Debe ser ciudadano estadounidense
- Debe ser residente de Tennessee
- Debe tener por lo menos 18 años en o antes de las próximas elecciones y
- No debe haber sido condenado por un delito grave o, si lo ha sido, su derecho al voto tiene que haber sido restaurado.

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿quiere hoy presentar aquí la solicitud para registrarse para votar?

Sí No

IMPORTANTE: SI NO MARCA NINGUNA DE LAS OPCIONES, SE CONSIDERARÁ QUE POR AHORA HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR.

¿Respondió Sí a la pregunta de arriba? Entonces TennCare le enviará por correo un formulario de registro de votante. También puede presentar en línea la solicitud para registrarse para votar en <https://sos.tn.gov/elections>.

Usted no tiene que estar registrado para votar para estar inscrito en nuestro programa. Presentar la solicitud para registrarse para votar o no registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le dará esta agencia.

Si quiere ayuda para completar el formulario de solicitud para registrarse para votar, le ayudaremos. Llámenos al 855-259-0701. Usted decide si quiere pedir o aceptar ayuda. Usted puede completar la solicitud en privado.

Si piensa que alguien ha interferido con su derecho a registrarse para votar o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si registrarse o presentar la solicitud de registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la División de Elecciones:

Por CARTA: Division of Election
312 Rosa L Parks Avenue
7th Floor, Snodgrass Tower
Nashville, TN 37243-1102




¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación? Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.

Rev: 17Mar24

Por **TELÉFONO:** 1-877-850-4959
1-615-741-7956

Las personas que tienen problemas para oír o para hablar pueden utilizar el Centro de Relevos de Tennessee llamando al 1-800-848-0298.

 **¿Necesita ayuda con su Paquete de Renovación?** Llámenos al **855-259-0701**. ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés? Cuando llame, díganos el idioma que necesita. Le facilitaremos la ayuda sin ningún costo para usted. ¿Tiene problemas de audición o de habla y usa una máquina TTY? Llame al 800-848-0298 luego marque el 855-259-0701.
Rev: 17Mar24

Esta página se ha dejado en blanco a propósito.

Apéndice A



Paquete de Renovación



El Apéndice A se puede usar si desea solicitar en nombre de una persona de su hogar que no está inscrita en nuestro programa ahora. Si esta persona ya tiene cobertura con nosotros, no necesita llenar el Apéndice A.

Recuerde, no puede usar el Apéndice A para solicitar Katie Beckett.

¿Más de una persona necesita usar el Apéndice A? Sáquele copias al Apéndice A y complete uno para cada persona adicional.

Envíe el Apéndice A y su Paquete de Renovación a:

TennCare Connect
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240

También puede enviar sus documentos por fax al **855-315-0669**.

1. Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo (Jr., Sr., III)

2. Fecha de nacimiento	3. Sexo	4. SSN
------------------------	---------	--------

Necesitamos su SSN si quiere cobertura de seguro médico y tiene un número de Seguro Social. Utilizamos los SSN para verificar ingresos y otros datos para ver si podría ser elegible. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 800-772-1213 o visite <https://socialsecurity.gov>. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-325-0778. Si ya solicitó un SSN pero no lo ha recibido, ¿cuándo presentó la solicitud? _____

- ¿Usted tiene 22 años de edad o menos y es estudiante?** Sí No

Si sí, quién: _____

Seleccione el estado de estudiante de esta persona:

Tiempo completo Tiempo parcial Menos de tiempo parcial
- ¿Estuvo usted en cuidado de crianza (*foster*) a los 18 años o más y recibía Medicaid?**

Sí No

Si sí, quién: _____
- ¿Es usted menor de 65 años de edad y está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello del útero?** Sí No

Si sí, quién: _____

4. ¿Es usted un ciudadano estadounidense o de nacionalidad estadounidense? Sí No

Usted no tiene que contestar las siguientes preguntas sobre inmigración. Pero no contestarlas podría limitar el tipo de cobertura para la que podría calificar.

Si no es un ciudadano estadounidense o de nacionalidad estadounidense, ¿tiene un estado de inmigración elegible?

Sí No

Si sí, ¿cuál es su nuevo estatus? _____

Fecha en que obtuvo el estatus: _____

Fecha en que usted entro a los EE.UU.: _____

Número de extranjero o I-94

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de tarjeta o pasaporte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de vencimiento o identificación de SEVIS (opcional)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Otro (código de categoría o país de emisión)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No

¿Es usted, o su cónyuge o padre/madre, un veterano o un miembro del servicio activo del ejército estadounidense?

Sí No

5. Si es hispano/latinoamericano, marque la casilla para informarnos su etnia (Marque todo lo que corresponda):

Mexicano

Cubano

Mexicano americano

Otro _____

Chicano

Prefiere no contestar

Puertorriqueño

6. Marque la casilla para informarnos su raza (Marque todo lo que corresponda):

Caucásico

De otra isla del Pacífico

Indio asiático

Indio nativo estadounidense o nativo de Alaska

Japonés

Filipino

Asiático, otro

Vietnamita

Samoano

Guameño / Chamorro

Negro o afroamericano

Otro _____

Chino

Prefiere no contestar

Coreano

Nativo de Hawái

Apéndice B



Paquete de Renovación



Miembro de la familia indio nativo estadounidense o nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si **usted o un miembro de su familia es indio nativo estadounidense o nativo de Alaska** y desea conservar la cobertura. Envíe su Paquete de Renovación y el Apéndice B a la dirección indicada en su Paquete de Renovación.

Díganos sobre los miembros de la familia que son indios nativos estadounidenses o nativos de Alaska.

Los indios americanos y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud de Nativos Estadounidenses (Indian Health Services, IHS), programas de salud tribales o programas de salud de indios urbanos. También es posible que no tengan que pagar el costo compartido y que puedan obtener períodos mensuales de inscripción especiales. Conteste las preguntas a continuación para asegurarse de que su familia reciba la mayor cantidad de ayuda posible y envíenos comprobante de su estado de indio nativo estadounidense o nativo de Alaska tan pronto como pueda.

¿Qué puede usar como comprobante? Puede usar cosas como tarjetas de identificación de su tribu, acta de nacimiento de indio nativo estadounidense u otro documento de una tribu, de Servicios de Salud de Nativos Estadounidenses o de la Oficina de Asuntos de Nativos Estadounidenses (Bureau of Indian Affairs, BIA) que verifique que usted es indio nativo estadounidense o nativo de Alaska.

NOTA: Si necesita incluir a más gente, haga una copia de esta hoja y adjúntela.

PERSONA AI/AN:

1. Nombre completo (nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)

2. ¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Sí No

Si sí, Nombre de la tribu: _____ Estado donde se encuentra la tribu ____|__

3. ¿Esta persona alguna vez ha recibido un servicio de Servicios de Salud para Indígenas, de un programa de salud tribal o de un programa de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas?

Sí No

Si no, ¿califica esta persona para recibir servicios de Servicios de Salud para Indígenas, de programas de salud tribales o de programas de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas? Sí No

4. Cierta dinero recibido no puede ser contado para Medicaid o CoverKids. Indique cualquier ingreso (cantidad y frecuencia) reportado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes:
- Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, contratos de arrendamiento o regalías
 - Pagos de recursos naturales, la agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras fiduciarias indígenas por el Departamento del Interior (incluidas reservas y antiguas reservas)
 - Dinero de la venta de cosas que tienen importancia cultural

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____



¿Necesita ayuda especial?

Estos son algunos lugares a los que puede llamar si necesita ayuda.

Todos estos números de teléfono son llamada gratuita.

¿Tiene preguntas o necesita ayuda con TennCare? O ¿acaso necesita ayuda porque tiene un problema de salud, de salud mental, de aprendizaje o una discapacidad?

- Llame a **TennCare Connect** al **855-259-0701**.

¿Tiene un problema de audición o del habla y tiene preguntas o necesita ayuda?

- Llame a **Tennessee Relay Services (TNRS)** al **800-848-0298**. Pídeles que lo conecten con TennCare Connect en el 855-259-0701.

¿Necesita ayuda con recetas médicas o renovaciones en la farmacia?

- Primero, **llame a su doctor**. Luego, si aún necesita ayuda, llame a la **TennCare Member Medical Appeals** al **800-878-3192**.

¿Tiene preguntas sobre Medicare para las personas mayores de 65 años de edad y las personas discapacitadas?

- Llame al **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)** al **877-801-0044**.

¿Necesita ayuda para conseguir atención médica, atención para la salud mental o tratamiento para alcoholismo o drogadicción?

- Primero, **llame a su plan de seguro médico**. Si aún necesita ayuda al al **800-758-1638**.
- Luego, si aún necesita ayuda, llame a la **TennCare Member Medical Appeals** al **800-878-3192**.

¿Necesita ayuda para hablar con nosotros o para leer lo que le enviamos?

¿Tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir atención o participar en alguno de nuestros programas o servicios?

O, ¿acaso tiene más preguntas sobre su atención médica?

Llámenos gratis al 855-259-0701.

Nosotros podemos conectarlo con la ayuda o servicios gratuitos que necesite. (Para TTY llame al: 800-848-0298)

Nosotros acatamos las leyes federales y estatales de derechos civiles. No tratamos a las personas de manera diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo. ¿Piensa que no le ayudamos o que fue tratado de manera diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo? Puede presentar una queja por correo postal, por correo electrónico o en línea. Estos son dos lugares donde puede presentar una queja:

Division of Civil Rights Compliance

310 Great Circle Road
Nashville, Tennessee 37243

Correo electrónico: HCFA.Fairtreatment@tn.gov

Teléfono: 855-857-1673 (TRS 711)

Puede obtener un formulario de queja en línea en:

<https://tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/complaintform.pdf>

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights

200 Independence Ave SW, Rm 509F, HHH Bldg
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019

(TDD): 800-537-7697

Puede obtener un formulario de queja en línea en:

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

O bien, puede presentar una queja en línea en:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>



Do you need free help with this letter?

If you speak a language other than English, help in your language is available for free. This page tells you how to get help in a language other than English.

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298).

Kurdish: کوردی

ئاگاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قەسە دەکەیت، خزمەتگوزاریه‌کانی یارمەتی زمان، بەخۆراییی، بۆ تو بەردەستە. پەیوەندی بە 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298) بکە.

Arabic: العربية

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 0701-259-855 (رقم هاتف الصم والبكم: 800-848-0298).

Chinese: 繁體中文

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 855-259-0701 (TTY 800-848-0298)。

Vietnamese: Tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298).

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298)번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 855-259-0701 (ATS: 800-848-0298).

Amharic: አማርኛ

ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ 855-259-0701 (መስማት ለተሳናቸው፡ 800-848-0298) ማድከሙን ይደውሉ።

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298).

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298).

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298).

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298).

Hindi: **हिंदी**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298) पर कॉल करें।

Serbo-Croatian: Srpsko-hrvatski

ОБАВЈЕШТЕНЈЕ: Ако говорите srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 855-259-0701 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 800-848-0298).

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 855-259-0701 (телетайп: 800-848-0298).

Nepali: नेपाली

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 855-259-0701 (टिटावाइ: 800-848-0298) ।

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرید. 855-259-0701 (TTY: 800-848-0298)