

# UNA GUÍA PARA MEDICAID

¡QUÉ ES, CÓMO USARLO, CÓMO CONSERVARLO!



Actualizado en junio de 2021

# TABLA DE CONTENIDO

<b>GLOSARIO</b> .....	<b>2</b>
<b>QUÉ ES MEDICAID</b> .....	<b>3</b>
<b>CÓMO OBTENER MEDICAID</b> .....	<b>3</b>
Medicaid para niños .....	4
Medicaid para adultos mayores, ciegos y discapacitados.....	4
<b>MEDICAID Y EL ESTATUS MIGRATORIO</b> .....	<b>5</b>
<b>CÓMO SOLICITAR MEDICAID</b> .....	<b>5</b>
<b>CÓMO CREAR UNA CUENTA DE USUARIO DE ABE</b> .....	<b>6</b>
<b>CÓMO LLENAR LA SOLICITUD</b> .....	<b>6</b>
Tipos y números de documentos.....	7
Idioma .....	8
Documentos de soporte (pruebas) .....	8
<b>PRUEBA DE IDENTIDAD</b> .....	<b>9</b>
Prueba electrónica de identidad (ID) .....	9
Prueba manual de identidad (ID).....	10
<b>CONSEJOS PARA SOLICITAR MEDIANTE OTROS MÉTODOS</b> .....	<b>10</b>
Solicitudes por teléfono .....	10
En persona en la oficina local del DHS/FCRC.....	11
Solicitudes en papel .....	11
Agencias comunitarias .....	11
¿Cuánto tengo que esperar antes de recibir respuesta? .....	11
<b>CÓMO USAR MEDICAID</b> .....	<b>12</b>
Cómo recibir atención.....	13
Redeterminación anual.....	14
<b>RECURSOS</b> .....	<b>15</b>
Agencias comunitarias .....	15
Recursos en línea .....	15
Otros recursos.....	16

- AABD** Aid to the Aged, Blind, Disabled - Ayuda para adultos mayores, ciegos, discapacitados. Un programa de Medicaid para personas de 65 años y mayores, o que son ciegos o discapacitados.
- ABE** Application for Benefit Eligibility - Solicitud para la elegibilidad de beneficios. Esta es la solicitud en línea para Medicaid y otros beneficios del Estado de Illinois como SNAP (estampillas para alimentos) o Asistencia en efectivo. Acceda vía [www.abe.illinois.gov](http://www.abe.illinois.gov).
- ACA** Affordable Care Act - Ley de Atención Asequible En ocasiones referida como Obamacare. Esta ley amplía la cobertura de Medicaid a adultos no discapacitados con bajos ingresos sin hijos dependientes. Esta ley también proporciona acceso a ayuda financiera para pagar un seguro médico.
- FCRC** Family Community Resource Centers - Centros de Recursos Comunitarios para la Familia. Las oficinas locales del DHS donde puede ir para obtener ayuda si hay un problema con su caso. Aquí es donde trabajan los trabajadores de casos del DHS que procesan las solicitudes.
- FPL** Federal Poverty Level - Nivel Federal de Pobreza. Es una medida del ingreso que se usa para determinar la elegibilidad para beneficios públicos.
- HFS** Illinois Department of Healthcare and Family Services - Departamento de Salud y Servicios Familiares de Illinois. Esta es la agencia del estado que administra el programa Medicaid en Illinois. Esta agencia escribe políticas, paga a los proveedores médicos y supervisa a las Organizaciones de Atención Administradas.
- IDHS** Illinois Department of Human Services - Departamento de Servicios Humanos de Illinois. Esta es la agencia estatal que procesa las aplicaciones para Medicaid y otros beneficios estatales.
- MCO** Managed Care Organization - Organización de Atención Administrada. Empresas privadas de seguros que son responsables de coordinar la atención mediante el programa Medicaid.
- MMC** Manage My Case - Administrar mi caso. Este es el sistema en línea para administrar sus beneficios del Estado de Illinois. Acceda a MMC a través del sitio web de ABE.



# QUÉ ES MEDICAID

Medicaid es un nombre para el seguro de salud del Estado de Illinois. Algunas personas se refieren a Medicaid como Tarjeta Médica. Medicaid también tiene otros nombres en función del tipo de grupo de cobertura de Medicaid que se adapta a usted. Por ejemplo, los diferentes grupos de cobertura son llamados Mamás y bebés, Todos los Niños, Ayuda para los adultos mayores, ciegos y discapacitados (AABD), y ACA Adulto. A partir de diciembre de 2020, Illinois tiene un nuevo grupo de cobertura llamado Inmigrantes de 65 años y más.



Se puede usar Medicaid para consultas al médico, estancias en hospitales y mucho más. Medicaid está diseñado para personas con ingresos limitados. Cada estado tiene sus propias reglas acerca de quién es elegible para Medicaid, pero todos los estados deben cumplir con los requisitos federales.

Esta guía cubre el programa Medicaid de Illinois. La información en esta guía está actualizada al 31 de marzo de 2021.

Debido al existente estado de emergencia resultado de la pandemia de COVID-19, se han hecho varios cambios a Medicaid. Algunos de estos cambios son temporales y terminarán cuando finalice el periodo de emergencia. Estos cambios están resumidos en esta guía. Para consultar la información más actualizada acerca de los cambios relacionados con el COVID, visite <https://www.illinois.gov/hfs/Pages/coronavirus.aspx>.

# CÓMO OBTENER MEDICAID

El primer paso para obtener Medicaid es revisar si es elegible. La elegibilidad está basada en su ingreso mensual, tamaño del hogar, estatus migratorio y en qué estado reside. Para recibir Medicaid de Illinois, debe ser un residente de Illinois. Hay reglas especiales para personas con discapacidades, adultos mayores (65 años y mayores), niños y mujeres embarazadas.

Cada grupo de cobertura de Medicaid tiene su propio límite de ingreso mensual. El estado revisará su ingreso mensual bruto y previo a otras deducciones de nómina. Su ingreso mensual debe ser igual o menor que el límite máximo establecido para un grupo de cobertura en particular.

Límite de ingresos para adultos de 19-64 años durante 2021		
Personas en el hogar	Máximo ingreso	Otros requisitos:
1	\$1,481	Debe tener ciudadanía estadounidense o ser un "extranjero elegible" para obtener Medicaid como adulto de 19-64 años.
2	\$2,003	
3	\$2,525	
4	\$3,048	
5	\$3,570	
6	\$4,092	
Cada persona adicional	+\$521	

Límite de ingresos para mujeres embarazadas durante 2021	
Personas en el hogar	Máximo ingreso mensual
1	-----
2	\$3,092
3	\$3,898
4	\$4,704
5	\$5,510
6	\$6,316
Cada persona adicional	+\$805

## Medicaid para niños

Medicaid para niños es proporcionado a través del Programa Todos los Niños (All Kids). Todos los Niños proporciona cobertura para visitas a Well Child (Niño bien), vacunas, medicamentos y mucho más. Otro de los beneficios de Todos los Niños es Early and Periodic (Temprano y periódico).

Valoraciones, diagnósticos y tratamiento (EPSDT). Este beneficio proporciona valoraciones adecuadas, servicios preventivos y tratamiento para servicios médicos, dentales, de la vista y del oído.

Puede encontrar información adicional acerca de Todos los Niños en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Familiares de Illinois en

<https://www.illinois.gov/hfs/MedicalPrograms/AllKids/Pages/about.aspx>.

Límites (mensuales) para Todos los Niños (solo niños) para 2021	
Personas en el hogar	Máximo ingreso mensual
1	\$3,413
2	\$4,616
3	\$5,819
4	\$7,023
5	\$8,226
6	\$9,429
Cada persona adicional	+\$1,202



## Medicaid para adultos mayores, ciegos y discapacitados

Ayuda para adultos mayores, ciegos y discapacitados (AABD) es la cobertura de Medicaid para adultos mayores (personas de 65 años y mayores) y personas que son ciegas o discapacitadas. Igual que con los programas de Medicaid anteriores, AABD tiene un límite de ingreso específico para la elegibilidad. Este límite de ingreso también se aplica a inmigrantes de 65 años y mayores que no son elegibles para el Medicaid tradicional. Esta categoría tiene un límite de recursos/bienes, como se muestra en la tabla.

Límite de ingresos de AABD para 2021*		
Personas en el hogar	Máximo ingreso mensual	Recursos
1	\$1,073	\$2,000
2	1,452	\$3,000
3	1,830	Agregar \$50 por cada miembro adicional en el hogar
4	2,208	
Cada persona adicional	+378	

# MEDICAID Y EL ESTATUS MIGRATORIO

La elegibilidad de Medicaid requiere que la mayoría de los adultos tengan un estatus migratorio elegible. Los inmigrantes elegibles incluyen a titulares de la tarjeta verde (también conocidos como Residentes Legales Permanentes) que han vivido en los Estados Unidos durante cinco años o más. Otros inmigrantes elegibles incluyen a los que tienen un estatus migratorio que ha sido otorgado por razones humanitarias. Los ejemplos más comunes incluyen inmigrantes que tienen un estatus de refugiado/asilado, pero hay muchos otros. Para obtener más información, comuníquese con una organización que pueda ayudar con las solicitudes de beneficios. Para encontrar una organización cerca de usted, visite [www.icirr.org/ifrp](http://www.icirr.org/ifrp)



En Illinois no hay requisitos de estatus migratorio para niños de 18 años y menores o mujeres embarazadas que solicitan Medicaid.

Inmigrantes de 65 años o mayores también pueden solicitar la cobertura médica del Estado de Illinois.

Sin embargo, los beneficios médicos para inmigrantes de 65 años y mayores no pagarán servicios de atención a largo plazo ni servicios de soporte tales como atención en casas de retiro.

Muchas familias tienen estatus mezclados. Es decir que algunos miembros de la familia pueden tener un estatus migratorio elegible (o ser ciudadanos de EE. UU.) y otros no lo tienen. Puede solicitar Medicaid para aquellos miembros de la familia con estatus migratorio elegible.

## CÓMO SOLICITAR MEDICAID

La Solicitud para la elegibilidad de beneficios (ABE) es una solicitud en línea para asistencia médica, alimenticia y en efectivo en el Estado de Illinois. Puede acceder a ella en [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov). El sistema ABE está disponible solo en inglés y español. Hay una guía de usuario y otros recursos de ABE disponibles en línea en [www.dhs.state.il.us/abe](http://www.dhs.state.il.us/abe).

También puede solicitar mediante una solicitud en papel, por teléfono o en persona en la oficina local del IDHS, conocida como Centro de Recursos Comunitarios para la Familia (FCRC).

Se recomienda ampliamente hacer la solicitud en línea. Cuando usted hace su solicitud en línea, recibirá un número de seguimiento de la solicitud electrónica y tendrá prueba de la solicitud. *Administrar mi caso* es un sistema en línea para administrar sus beneficios del Estado de Illinois como SNAP y Medicaid. El acceso a *Administrar mi caso* se otorga después de que son aprobados sus beneficios. Vaya a la página de inicio de ABE y haga clic en el botón verde para crear una cuenta de Administrar mi caso.

El Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS) procesa las solicitudes que son enviadas a través de ABE.

Debido a la emergencia de COVID-19, las oficinas del IDHS están abiertas pero operan con personal limitado.

# CÓMO CREAR UNA CUENTA DE USUARIO DE ABE

Consulte la Guía de Usuario completa para tener las instrucciones paso a paso sobre cómo crear una cuenta.

- Su nombre de usuario debe tener de 5 a 20 letras y/o números.
- Su contraseña debe tener un mínimo de 8 caracteres y contener al menos uno de los siguientes:
  - una letra mayúscula,
  - una letra minúscula,
  - un carácter especial (! @ # \$ % & \*) y
  - un número.
- Las contraseñas deben cambiarse o ser restablecidas cada seis meses.



También tendrá que seleccionar **Preguntas secretas** e ingresar respuestas a esas preguntas. Estas preguntas secretas se usan en caso de que olvide su contraseña o si su contraseña ha expirado. Si usa una fecha o número de teléfono como respuesta a una de las preguntas secretas, asegúrese de recordar cómo los ingresó. Por ejemplo, ¿escribió el mes o usó la abreviatura numérica?

- Las respuestas a las preguntas secretas deben tener al menos 5 caracteres.

## CÓMO LLENAR LA SOLICITUD

Puede encontrar instrucciones paso a paso para llenar la solicitud, además de capturas de pantalla en la [Guía de Usuario de ABE](#).

Recibirá instrucciones para seleccionar qué beneficios está solicitando. Marque la casilla de cada beneficio que puede aplicar aún si no los está solicitando para cada persona en su hogar.

También tiene que ingresar la cantidad de personas en su hogar.

- Si está solicitando SNAP o Efectivo, inclúyase usted y a todos los que viven con usted.
- Si está solicitando Medicaid, incluya a las personas que viven en su hogar E incluya a cualquiera que reclame como dependiente en su devolución de impuestos federales (aunque no vivan con usted).
- Si tiene 19 años o más y solo solicita Medicaid, siempre inclúyase usted y a su cónyuge e hijos si viven con usted. SOLO incluya a sus padres y otros en el hogar SI lo van a reclamar o usted los va a reclamar en sus impuestos.

### Apply for Benefits

Check the boxes for the program(s) you would like to apply for.

- SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)**  
Helps people and families buy the food they need for good health. This program used to be called Food Stamps.

- Healthcare Coverage**  
Helps provide healthcare benefits to low income people of all ages in Illinois. Some people know this program as Allkids or the medical card. [More information on healthcare coverage](#)

If you have unpaid medical bills for any of these months, check the box(es) to apply for help paying them.

- December  November  October

If you do not qualify for HFS medical programs, we will send your information to the federal Health Insurance Marketplace. The Marketplace will contact you to complete the application process by reviewing available tax credits and choosing and enrolling in a health plan.

- Cash Assistance**  
Helps pay for food, shelter, utilities, and expenses other than medical costs. A small amount of cash assistance is available to people who fit into one of these groups:
- Low income pregnant women or families with one or more dependent children in need of temporary financial and healthcare coverage
  - Low income people who are age 65 or older, are blind, or are disabled

A continuación, ingrese la información acerca de cada una de las personas que ingresó en la sección “Personas en su hogar”. Será útil recopilar la información de su familia antes de empezar a llenar la solicitud. Prepárese para proporcionar la siguiente información en su solicitud:

- ✓ Nombres y fechas de nacimiento
- ✓ Información acerca del ingreso (talones de pago de los últimos 30 días, posiblemente devoluciones de impuestos)
- ✓ Números del Seguro Social (le pedirán los Números del Seguro Social y estatus de ciudadanía)
- ✓ Información migratoria de los que no son ciudadanos
- ✓ Pensión infantil/conyugal pagada y nombres de los padres ausentes
- ✓ Costos de la vivienda (renta/hipoteca, impuesto predial)
- ✓ Costo de las facturas de servicios
- ✓ Costo de guarderías

**Citizenship Information**

Is this person a U.S. citizen?  Yes  No  
Anyone applying for benefits has to provide information on their immigration status.

Is this a request for emergency medical for a non-citizen?  Yes  No

Does this person have a sponsor?  Yes  No

Is this person a documented alien?  Yes  No

Document Type

Document Number

What is this person's alien registration number?

What was their date of entry?   
Ex: mm/dd/yyyy

Hay ocasiones en las que tendrá que proporcionar información de ingresos, relaciones y otra información acerca de las personas en su hogar que no son elegibles y/o no están solicitando beneficios, pero no será necesario que proporcione Números del Seguro Social de las personas que no están solicitando beneficios para sí mismos.

Si tiene un estatus migratorio legal o es un no ciudadano documentado, deberá estar preparado para ingresar su número de USICS (o A#) y número del documento.

## Tipos y números de documentos

- I-551 (Tarjeta de residente permanente)
- I-94 (Registro de llegada/salida)
- I-766 (Autorización de empleo)
- Y otros más

## Idioma

La solicitud pregunta qué idioma habla y qué idioma debe usar el estado cuando le envíe avisos por correo. Las únicas opciones de idiomas para los avisos por escrito son inglés y español.



Si no habla bien inglés, es importante seleccionar su idioma en el menú desplegable.

Si idioma principal no es inglés ni español, anote qué idioma prefiere en la sección de Comentarios y declare que va a necesitar un intérprete. Las notificaciones por escrito seguirán siendo enviadas en inglés, pero el estado está obligado a facilitar otras interacciones proporcionando un intérprete. El proceso para acceder a los intérpretes puede variar en la oficina local. Es importante anotar esto en las solicitudes para que los intérpretes puedan ser programados por adelantado para usted para su primera cita.



El estado está obligado a proporcionarle un intérprete sin cargo si necesita uno.

## Documentos de soporte (pruebas)

Complete todas las secciones de la solicitud, ingresando información acerca de ingresos y hogar. Antes de firmar y enviar la solicitud, revise la sección de derechos y responsabilidades.

Después de enviar su solicitud, tiene la oportunidad de anejar electrónicamente documentos de soporte (pruebas). Escanee y guarde los documentos en una computadora y después cárguelos en el sistema de solicitud de ABE. Si no carga pruebas en el momento de la solicitud, el IDHS le enviará un aviso pidiéndole que envíe los documentos por correo o fax.

La prueba de ingresos es uno de los elementos más importantes que debe cargar. El estado intentará verificar electrónicamente la información a través de la información de impuestos y empleo. Puede ser muy útil anejar talones de pago u otras pruebas de ingresos junto con su solicitud, especialmente si ha tenido un cambio reciente en sus ingresos. Incluya sus ingresos de los últimos 30 días.

Después de enviar su solicitud en línea recibirá un Número de Solicitud.

Es importante que anote su Número de Solicitud, en caso de que necesite hacer un seguimiento con el IDHS. También puede considerar imprimir una copia de la solicitud para sus registros.

También verá la oficina local a la que se envió su solicitud e información que le indicará qué debe esperar a continuación.

**Final Steps - Read Entire Page!**

Congratulations, your application was successfully submitted!  
Here are your next steps:

**Your Application Number is T10134555**

Write down your application number or print your application for your records.  
Your application was sent to the following office to be processed:

Uptown FCRC  
2112 W LAWRENCE AVE  
CHICAGO IL 60625-2495  
Phone Number: (773) 907-4100

**Full Application PDF: Print My Application**

You will get an answer about your SNAP application within 30 days.

**What to Expect Next**

Print a copy of our "What's Next Guide". This will give you helpful information while you wait for your application to be processed. [Print What's Next Guide](#)

You can also contact the DHS Help Line at 1-800-843-6154 if you have a question or need to report new information like a change in address.

**Attach documents to help us process your application**

If you have documents such as paystubs to upload in support of your application, you can do so on the next page.

If you do not have these documents ready now, you can log back in and upload documents later. Remember to upload documents as soon as possible, you will not be able to do so after the State begins processing the application.

[Back to Manage My Case](#) [Logout](#) [Next](#)

## PRUEBA DE IDENTIDAD

### Prueba electrónica de identidad (ID)

Se requiere verificar la identidad de todos los que soliciten beneficios. Se recomienda que primero intente la versión electrónica de verificación de identidad (prueba de identidad). Al final de su solicitud, el sistema ABE iniciará el proceso de prueba electrónica de identidad para verificar su identidad. El sistema hará preguntas que solo usted conoce, como su dirección anterior, nombres de familiares y otras preguntas más.

El proceso de prueba de identidad se basa en el historial de crédito de una persona. Es posible que no pueda completar el proceso de prueba electrónica de identidad si no tiene un historial de crédito o si no conoce las respuestas a las preguntas. Algunos ejemplos de personas que podrían no tener suficiente historial de crédito para completar la prueba electrónica de identidad incluyen los siguientes:

- Inmigrantes que se cambiaron recientemente a los Estados Unidos
- Niños menores de 18 años
- Personas sin cuentas de banco

Si no puede responder las preguntas de manera electrónica, se le proporcionará un número de referencia y un número de teléfono para verificar su identidad vía telefónica. Si lo logra, se le dará un número PIN.

Puede enviar su solicitud en línea aunque no logre completar el proceso de prueba de identidad en línea o por vía telefónica. Haga clic en [Verificar identidad más tarde] para continuar con la solicitud.

## Prueba manual de identidad (ID)

La prueba de identidad debe ser completada correctamente para que pueda usar Administrar mi caso. Administrar mi caso (MMC) es una sección en el sitio web de ABE que le permite revisar, cambiar y renovar en línea sus beneficios de Medicaid, SNAP y TANF.

Si no puede completar la prueba electrónica de identidad, puede solicitar una prueba de identidad estatal. Aparecerá un enlace al formulario de solicitud en un menú emergente en el Sistema de ABE. Puede encontrar el formulario de Solicitud de Prueba de Identidad Estatal en la página web del IDHS en <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=76721>.

Debe tener una cuenta de usuario de ABE antes de entregar el formulario de Solicitud de Prueba de Identidad Estatal. Todas las secciones del formulario deben ser llenadas o no será procesado. Envíe copias de sus documentos de prueba a la Unidad de Pruebas de Identidad. La página tres del formulario enumera los tipos de documentos que serán aceptados. Puede enviar una copia de un (1) documento de la Columna A o dos (2) documentos de la Columna B a la Unidad de Pruebas de Identidad. Permita de 6 a 8 semanas para recibir respuesta del estado. El formulario de solicitud y la prueba de identidad deben ser enviados a:

Illinois Department of Healthcare and Family Services  
ATTN: ID Proofing Unit  
P.O. Box 19122 Springfield,  
IL 62794-9122 o por fax al  
217-557-1370

Después de que el estado procese su solicitud, le enviarán un aviso indicando si su solicitud fue aprobada o rechazada. Si su solicitud fue aprobada, ingrese a ABE con el nombre de usuario que proporcionó en el formulario de solicitud e ingrese su información personal para vincular la cuenta a su caso.

La información personal que tiene que ingresar incluye la fecha de nacimiento y la identificación individual. Si no conoce su identificación individual, puede ingresar su número del seguro social. Una vez que vincule su cuenta podrá usar la sección Administrar mi caso de ABE.

## CONSEJOS PARA SOLICITAR MEDIANTE OTROS

### Solicitudes por teléfono

Llame al 1-800-843-6154 para hacer una solicitud por teléfono. Puede haber tiempos de espera largos, especialmente en las mañanas y durante la hora del almuerzo. Intente llamar fuera de las horas pico.

Puede preguntar el nombre del trabajador de casos que tome su llamada. Tome nota del nombre del trabajador de casos y la fecha y hora de su llamada. Esta información puede ser importante si hay algún problema con su solicitud.

Es posible que tenga que enviar por correo las pruebas de identidad antes de que el IDHS procese su solicitud.



## En persona en la oficina local del DHS/FCRC

Puede hacer su solicitud en persona en su FCRC local. Cada oficina atiende a los clientes ambulatorios de manera diferente. Algunas oficinas lo harán esperar para ver a un trabajador de casos quien hará una solicitud en tiempo real. Pregunte el nombre del trabajador de casos y anote la fecha y hora en que se reunió con esa persona.

Muchas oficinas le entregarán una solicitud en papel y le pedirán que la llene y la deposite en una caja en la recepción de la oficina. También debe haber un libro de registro. Es importante que escriba su nombre en el libro de registro y anote que depositó una solicitud. Esto ayudará a proteger la fecha de su solicitud original si la oficina pierde la solicitud en papel.

A partir de marzo de 2021, los Centros de Recursos Comunitarios para la Familia del IDHS han limitado el personal que se encuentra en el sitio. Esto es debido al actual estado de emergencia por el COVID-19 y pretende proteger al público y al personal. Se le recomienda ampliamente que haga su solicitud de beneficios en línea.

Traiga copias de las pruebas de identidad que tenga que incluir con su solicitud. Nunca deje pruebas de identificación originales con su solicitud.

Muchas oficinas tienen Equipos para Llamadas Urgentes si los clientes tienen que comunicarse con el IDHS. La lista de los Equipos para Llamadas Urgentes está disponible en línea en <https://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=123570>.

## Solicitudes en papel

Puede llenar una solicitud en papel y devolverla vía correo o fax.

Si devuelve su solicitud vía correo, debe pedir la confirmación de entrega o enviarla vía correo certificado. De esta manera tendrá una prueba de que la solicitud fue recibida si la oficina pierde los papeles. Incluya copias de las pruebas; nunca envíe documentos originales.

Si la devuelve vía fax, asegúrese de conservar una copia de la hoja de confirmación del fax. Esto podrá ser usado como prueba de que el fax pasó y usted envió la solicitud.

## Agencias comunitarias

Hay varias agencias basadas en la comunidad que ayudan con estas solicitudes. Los centros de salud comunitarios, los departamentos de salud locales, las despensas de alimentos y otras agencias de servicios sociales pueden tener personal que puede ayudarlo a solicitar los beneficios. Consulte la sección de recursos para obtener más información.

State of Illinois  
Department of Human Services  
Request for Cash Assistance - Medical Assistance - Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ Maiden Name: \_\_\_\_\_  
Present Address: \_\_\_\_\_ Apartment Number: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_  
Are you homeless?  Yes  No  
Mailing Address (if different from above): \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_  
Telephone number(s) Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_  
Daytime phone: \_\_\_\_\_ Best time to call you: \_\_\_\_\_  
Signing here will start your application. You must sign Page 18 before we approve you for any benefits.  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Approved Representative**  
When you sign to have an approved representative it means you give permission for this person (1) to sign your application for you, (2) to receive official information about this application, and (3) to act for you on all matters with this agency.  
Do you want to name an approved representative?  Yes  No. If yes, complete the following:  
Name of approved representative: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_  
Phone Number: \_\_\_\_\_ Organization Name: \_\_\_\_\_ ID # if applicable: \_\_\_\_\_  
Signature of applicant: \_\_\_\_\_

**Instructions to person(s) applying for Cash, Medical, and/or SNAP benefits**

Cash -  Medical -  SNAP -

- Please print all of your answers on the application form so that we can read and understand your answers.
- You have the right to immediately file the application as long as the top of this page (Page 1) is completed with your name, address and signature. The filing of this signed page (Page 1) starts the application processing timeline.
- Read pages 14 & 15 to know your rights and responsibilities for SNAP benefits.  
Read pages 16, 17 and 18 to know your rights and responsibilities for Cash and Medical benefits.
- Before you can get any benefits, you must sign page 18.
- If applying for SNAP benefits, a decision on your eligibility will be made within 30 days. If determined eligible, SNAP benefits will be issued from the date the application is filed.
- You may be entitled to receive SNAP benefits right away if:
  - your gross nonemployment income and liquid assets are less than your monthly rent or mortgage payment and the appropriate ability standard; or
  - you have assets of \$100 or less and
  - your gross monthly income for the month of application is less than \$150; or
  - at least one person applying is a migrant who is "out of funds."
- You may complete this form at home and mail or bring it to a Department of Human Services (DHS) office. Another member of the household or an adult who knows you may complete and return the form to us also. If someone else completes this form for the household, they are to answer the questions for the person(s) they are applying for, not himself or herself. You have the right to choose the office where you apply. Once you submit your application to an office it will be processed by that office.
- If you want to register to vote, fill out the enclosed Illinois Voter Registration Application (ISBE R-19) and give it to your DHS office or your local election official. For help filling it out or for translation services, contact your DHS Family Community Resource Center. You may also call the Helpline at 1-800-643-6154 or 1-800-447-6404 (for TTY). For information online, see [www.dhs.state.il.us](http://www.dhs.state.il.us) or [www.elections.il.gov](http://www.elections.il.gov). Filing out the Voter Registration Application as part of this application is optional. Registering to vote is your choice and will not affect the amount of benefits you get from this agency.

6444-2338 (R-03-16) Request for Cash Assistance - Medical Assistance - Supplemental Nutrition Assistance Program Page 1 of 18  
Printed by Authority of the State of Illinois POK 14-188 107-300

## ¿Cuánto tengo que esperar antes de recibir respuesta?

Es la política del estado procesar las solicitudes de Medicaid dentro de 45 días. Sin embargo, ha habido ocasiones en las que hay retrasos en el proceso. Si ha esperado más de 45 días, tiene el derecho de recibir una tarjeta médica temporal. Puede solicitar una tarjeta médica temporal y usarla para recibir atención hasta que el IDHS procese su solicitud.

Una vez que se tome una decisión, usted recibirá un aviso por escrito del IDHS. Si es aprobado, también recibirá una tarjeta médica HFS. Si su solicitud fue rechazada y no está de acuerdo con la decisión, tiene 60 días para apelar la decisión.

Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación, visite <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=44946>.

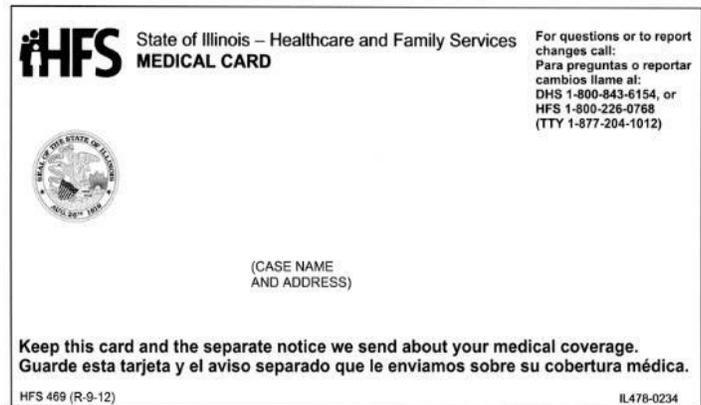
## CÓMO USAR MEDICAID

Una vez que sea aprobado para Medicaid, recibirá una tarjeta médica en papel. Poco después, la mayoría de las personas también reciben una carta indicando qué plan de atención administrada se les asignó. Una vez que empiece el plan, solo puede cambiar de plan una vez durante los primeros 90 días.

El programa HealthChoice Illinois es un sistema de atención administrada. Esto significa que usted estará en un plan (similar a un plan de un seguro) con un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que administrarán su atención médica. Será necesario que usted escoja un proveedor de atención primaria en un plan médico y vea proveedores que están en la red de su plan.

Puede cambiar de médicos en cualquier momento siempre que elija un médico dentro de la red de su plan.

Para conocer más acerca de los planes de HealthChoice Illinois en su área, encontrar un proveedor y solicitar un cambio de plan, visite <https://enrollhfs.illinois.gov/> o llame al 1-877-912-8880.



Recuerde, una vez que empiece su plan, solo puede cambiar de plan una vez durante los primeros 90 días. Si su plan empieza el 1.º de junio y se entera de que su médico no acepta el plan, tiene hasta el 31 de agosto para cambiar de plan. Después de eso, quedará fijo en el plan durante un año. Aproximadamente 60 días antes de su primer aniversario con el plan, usted tendrá un periodo de inscripción abierta. Durante ese periodo, puede cambiar de plan o puede quedarse con el mismo plan.



Si necesita ver a un proveedor por atención antes de que inicie su plan, use la tarjeta médica de papel que recibió cuando fue aprobado por primera vez. Una vez que inicie la cobertura de su plan, usted usará la tarjeta del seguro del plan.

Los planes del programa HealthChoice Illinois son administrados actualmente por las siguientes empresas:



Si tiene Medicare NO se inscriba en HealthChoice Illinois. Hay planes a través del programa MMAI (Iniciativa de Alineación de Medicare-Medicaid) en los que usted se inscribirá. Para conocer más acerca de los planes de MMAI en su área, visite <https://enrollhfs.illinois.gov/>.

## Cómo recibir atención

Una vez que tenga Medicaid, es importante programar una revisión general con el médico. Esto es especialmente importante si usted es un paciente nuevo.

Es posible que tenga que llevar:

- Identificación con foto
- Tarjeta médica
- Cualquier medicamento que esté tomando actualmente

Medicaid cubre la transportación a citas médicas. Llame a su Plan Médico para que lo ayuden a programar el transporte.

Todos los planes de Medicaid en Illinois incluyen los siguientes servicios:

• Línea de enfermera 24x7	• Servicios de salud del comportamiento	• Servicios de atención dental
• Servicios de médicos	• Servicios de atención de la vista	• Servicios para la audición
• Atención médica en el hogar	• Atención de hospicios	• Servicios hospitalarios
• Pruebas de laboratorio y rayos x	• Suministros médicos	• Recetas
• Terapia	• Transporte	

Los planes médicos también tienen Coordinadores de atención que lo ayudarán a encontrar a los proveedores y servicios que necesita. Los Coordinadores ayudan con referencias, citas, transporte a las citas y mucho más. Llame al número de Servicios para miembros de su plan para solicitar un Coordinador de atención.

Algunos planes ofrecen beneficios adicionales. Consulte con su plan para ver si es elegible para estos beneficios. Algunos ejemplos de beneficios adicionales incluyen los siguientes: asientos para carros gratis para mamás nuevas, membresías a gimnasios y membresías a Weight Watchers.

El estado emite tarjetas de calificaciones para cada uno de los planes de Medicaid en Illinois. Estas tarjetas de calificaciones están basadas en datos de encuestas a pacientes acerca de la calidad de los servicios. Puede encontrar las tarjetas de calificaciones en línea en

<https://www.illinois.gov/hfs/healthchoice/reportcard/Pages/default.aspx>

## Redeterminación anual

Una vez al año debe renovar su Medicaid. Si no renueva su Medicaid anualmente lo perderá. El proceso se llama redeterminación (o REDE).

Es posible que, aproximadamente diez meses o un año después de que solicitó Medicaid, reciba una carta de REDE por correo. La carta empieza el proceso para determinar si sigue siendo elegible para Medicaid. Debe seguir todas las instrucciones en la carta de REDE o estará en riesgo de perder su Medicaid. Si tiene una cuenta de Administrar mi caso, puede ver su carta en línea y renovar su Medicaid en línea. Si no tiene una cuenta de Administrar mi caso tendrá que devolver su documentación a la dirección indicada en la carta de REDE.

Si no devuelve a tiempo el formulario de REDE o no lo envía, su caso de Medicaid puede ser cancelado. Tiene 90 días (tres meses) a partir de la fecha de cancelación de su Medicaid para devolver su formulario y pruebas y hacer que su caso se vuelva a abrir. Si devuelve su formulario y pruebas después de 90 días, tendrá que llenar una nueva solicitud de Medicaid.

Llame a la línea de ayuda del IDHS al (800) 843-6154 si usted:

- No recibió la carta de REDE por correo
- Tiene preguntas
- Perdió su tarjeta médica (si tiene una cuenta de Administrar mi caso puede imprimir una copia de su tarjeta desde su cuenta en línea)



### IMPORTANTE

- Debe devolver el formulario de REDE incluso si toda su información personal es la misma.
- NO recibirá una nueva tarjeta médica por completar la REDE. Si necesita una, imprima una desde su cuenta de Administrar mi caso o llame al IDHS al número mencionado más arriba.

### DEBIDO AL COVID-19

- El IDHS no está procesando redeterminaciones e Medicaid. Una vez que la emergencia de COVID-19 sea declarada como terminada oficialmente, se reanudarán las redeterminaciones de Medicaid.
- Los casos de Medicaid no se están cancelando a menos que el cliente solicite cerrar el caso, se cambia de estado o fallece. Una vez que la emergencia de COVID-19 sea declarada como terminada oficialmente, se reanudarán los procesos normales, incluyendo las cancelaciones.

## Agencias comunitarias

Muchas agencias comunitarias y centros de salud locales ayudan con las solicitudes de Medicaid. Para encontrar una agencia comunitaria que pueda ayudar con la solicitud de beneficios, visite <https://widget.getcoveredamerica.org/?original=/IL/>. A continuación, hay algunas agencias ubicadas en los suburbios occidentales y proporcionan esta ayuda. Cuando llame o haga una visita, pregunte por un Especialista en beneficios e inscripción o ayuda con la solicitud de Medicaid.

Salud y bienestar de Aunt Martha  
 Varias ubicaciones  
 877-692-8686  
[www.auntmarthas.org](http://www.auntmarthas.org)

Departamento de Salud del Condado DuPage  
 Varias ubicaciones  
 630-682-7400  
[www.dupagehealth.org](http://www.dupagehealth.org)

Hamdard Healthcare  
 Varias ubicaciones  
 630-835-1430  
[www.hamdardcenter.org](http://www.hamdardcenter.org)

Servicios comunitarios Loaves & Fishes  
 Naperville  
 630-355-3663  
[www.loaves-fishes.org](http://www.loaves-fishes.org)

Centro de Bienestar Comunitario PCC  
 Varias ubicaciones  
 708-383-0113  
[www.pccwellness.org](http://www.pccwellness.org)

Centro de Recursos para las Personas  
 Westmont and Wheaton  
 630-682-5402  
[www.peoplesrc.org](http://www.peoplesrc.org)

Salud Comunitaria Pillars  
 Varias ubicaciones  
 708-745-5277  
[www.pillarscommunityhealth.org](http://www.pillarscommunityhealth.org)

## Recursos en línea

Para recibir más información acerca Medicaid y atención médica:  
[www.getcareillinois.org](http://www.getcareillinois.org)

Para recibir más información acerca de HealthChoice Illinois (Atención administrada de Medicaid):  
[www.enrollhfs.illinois.gov](http://www.enrollhfs.illinois.gov) – para revisar y escoger un plan y proveedor

### Sitios web de HealthChoice Illinois - Plan de atención administrada

Plan de salud comunitaria Blue Cross	<a href="https://www.bcbsil.com/bcchp/">https://www.bcbsil.com/bcchp/</a> 1-877-860-2837
Atención de condado (Solo Condado Cook)	<a href="http://www.countycare.com/">http://www.countycare.com/</a> 1-312-864-8200
Mejor Salud Aetna	<a href="http://www.aetnabetterhealth.com/illinois-medicaid/">www.aetnabetterhealth.com/illinois-medicaid/</a> 1-866-329-4701
Meridian	<a href="https://corp.mhplan.com/en/member/illinois/meridianhealthplan">https://corp.mhplan.com/en/member/illinois/meridianhealthplan</a> 1-866-606-3700
Atención médica Molina	<a href="https://www.molinahealthcare.com/members/il/en-US/Pages/home.aspx">https://www.molinahealthcare.com/members/il/en-US/Pages/home.aspx</a> 1-855-687-7861

**CONSEJO:** Busque la sección de beneficios en cada sitio web para conocer más acerca de lo que cada plan puede ofrecerle.

## Otros recursos

- Solicitud para la elegibilidad de beneficios: <https://abe.illinois.gov>
- Departamento de Salud y Servicios Familiares de Illinois: <https://www.illinois.gov/hfs/MedicalClients>
- Servicios de Inscripción del Cliente de Illinois: <https://www.enrollhfs.illinois.gov>
- Todos los Niños (atención médica para niños): <https://www.illinois.gov/hfs/MedicalPrograms/AllKids>
- Departamento de Servicios Humanos de Illinois: <http://www.dhs.state.il.us/>
- Cúbrete Illinois (Mercado de seguros médicos): <https://getcovered.illinois.gov/en>

---

Gracias a nuestros asociados que revisaron esta edición de *Una Guía para Medicaid de Illinois*.

Departamento de Salud del Condado DuPage  
Ever Thrive Illinois  
Centro Shriver sobre la Ley de Pobreza del Departamento  
de Salud y Servicios Familiares de Illinois

---