



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

Instrucciones para ayudarle a completar el Paquete de Renovación

Este Paquete de Instrucciones está previsto para ayudarle a completar su Paquete de Renovación. Cada Paquete de Renovación tiene un **código de barras** para la unidad familiar. Si necesita una copia del Paquete de Renovación, llame a TennCare Connect al 855-259-0701 para solicitarla.

Estas instrucciones están escritas como si el jefe de familia estuviera llenando el Paquete de Renovación. Si está llenando el Paquete de Renovación en nombre del jefe de familia, debe llenarlo desde el punto de vista de esa persona.

El Paquete de Renovación mostrará preguntas que se basan en los detalles que tenemos sobre usted y su unidad familiar. Es posible que no vea todas las preguntas de abajo en su Paquete de Renovación si no tenemos esos detalles en nuestros expedientes para usted o su unidad familiar.

No se olvide de escribir su **nombre, fecha de nacimiento y su número de caso** en letra de imprenta en todo comprobante que envíe con el Paquete de Renovación.

Puede obtener ayuda para sacar copias de cualquier documento que solicitemos en cualquier oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS).

Table of Contents

Su unidad familiar.....	3
Impuestos.....	6
Información sobre el trabajo actual y los ingresos.....	8
La cobertura de seguro médico de su familia.....	11
Preguntas Parte 1.....	12
Servicios y Apoyos de Largo Plazo.....	14
Preguntas Parte 2.....	15
Gastos.....	19
Recursos.....	20
Ayuda para completar este Paquete de Renovación.....	22
Lea y firme este Paquete de Renovación.....	23
Registro de electores.....	25
Apéndice A.....	26
Apéndice B.....	28

Su unidad familiar

Esta sección incluye información sobre usted y su unidad familiar. Revise la información que encontramos sobre su unidad familiar.

¿Siguen viviendo juntas las personas mencionadas a continuación?

En esta sección hay una lista de las personas que tenemos registradas que viven su unidad familiar. Estas son todas las personas de las que tenemos conocimiento de su unidad familiar. También incluye la dirección de su casa y la dirección postal. Revise y confirme la información de cada persona que aparece en la lista. Si necesita más espacio, puede adjuntar una hoja de papel aparte. No se olvide de incluir su nombre y número de caso en cada hoja que nos envíe.

Si necesita agregar a una persona a su unidad familiar que quiera presentar una solicitud, use el Anexo A adjunto.

Su hogar puede incluir a las siguientes personas:

- Usted, el jefe de familia (la persona que recibió el Paquete de Renovación por correo)
- Su cónyuge (esposo o esposa) si corresponde
- Sus hijos (o hijastros) menores de 21 años si viven con usted
- Cualquier persona que aparece en su declaración de impuestos o cualquier persona que aparece en una declaración de impuestos en la que usted está incluido, aunque no viva con usted
- Cualquier otra persona menor de 19 años de edad a quien usted cuida y que vive con usted

Los menores de 21 años también incluyen:

- Padre/madre (o padrastro/madrastra) que viva con usted
- Hermanos (o hermanastros) que vivan con usted
- Sus hijos (o hijastros) menores de 21 años que vivan con usted
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted

Usted NO tiene que incluir a las siguientes personas:

- Sus padres si viven con usted, pero presentan su propia declaración de impuestos (si usted es mayor de 21 años)
- Otros parientes adultos que viven con usted, pero presentan su propia declaración de impuestos

Si tenemos su Número de Seguro Social (SSN), el campo de SSN indicará “En archivo”. Si nos falta su SSN, ese campo estará en blanco. Si el campo SSN está en blanco al lado del nombre de cualquier persona, escriba el SSN de esa persona.

No tiene que proporcionar el número de Seguro Social (SSN) para los miembros de la familia que no quieren cobertura de seguro médico. Mantendremos privada y segura toda la información que usted nos proporcione, como lo dispone la ley. Usaremos información personal sólo para ver si usted y su unidad familiar califican para cobertura.

Díganos sobre las relaciones entre las personas de su unidad familiar. Esto nos ayuda a entender quién vive con usted. También nos ayuda a decidir el tipo de cobertura para el que podría calificar. Indique la relación en el espacio proporcionado. Las relaciones podrían ser madre, padre, hermano, hermana, hijos, hijastros, abuela, abuelo, tía y tío.

Si es hispano/latinoamericano, marque la casilla para decirnos su etnicidad (marque todo lo que corresponda).

Díganos sobre su etnicidad. No afectará su decisión de elegibilidad.

Marque la casilla para decirnos su raza (marque todo lo que corresponda).

Díganos sobre su raza. No afectará su decisión de elegibilidad.

¿Hay otras personas que viven con usted que no están enumeradas arriba?

Si quiere solicitar cobertura para cualquier persona de su unidad familiar, use el Apéndice A para decirnos más sobre esa persona.

Si tiene personas viviendo en su unidad familiar que no están en la lista y no están solicitando, igualmente necesitamos saber. Díganos en el espacio proporcionado:

- Su nombre completo
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Relación

Recuerde, si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel aparte.

Si alguna de las personas que agrega quiere solicitar Katie Beckett, debe ir a <https://tenncareconnect.tn.gov>.

¿Es usted un ciudadano estadounidense o de nacionalidad estadounidense? ¿Ha cambiado la ciudadanía o el estado de inmigración para usted o para alguien de su unidad familiar desde el año pasado?

Necesitamos saber si el estatus migratorio de usted o de alguien de su unidad familiar ha cambiado. Si no ha cambiado, marque “No”. Si alguien de su unidad familiar ahora tiene un estado de inmigración diferente, díganos su nuevo estado y el número del documento de inmigración. Puede que necesite enviarnos comprobante del nuevo estado de inmigración. Usted no necesita decirnos el estado de inmigración de los miembros de la familia que no necesitan cobertura de seguro médico.

Díganos si es ciudadano estadounidense. Si no es ciudadano estadounidense o de nacionalidad estadounidense, ¿tiene un estatus de inmigración elegible? Díganos “Sí” o “No”. También díganos:

- Estado de inmigración
- Fecha en que obtuvo el estatus
- Fecha en que ingresó a los Estados Unidos
- 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? Díganos “Sí” o “No”.

¿Es usted, o su cónyuge o padre/madre, un veterano o un miembro del servicio activo del ejército estadounidense? Díganos “Sí” o “No”.

¿Son correctos las direcciones y los números de teléfono de la unidad familiar que se muestran a continuación?

Revise y confirme el domicilio y la dirección postal que tenemos para usted. Si se mudó o su dirección postal cambió, escriba su nueva dirección y/o dirección postal en el espacio proporcionado.

¿Todos los miembros de la unidad familiar son residentes de Tennessee? ¿Está viviendo fuera del estado temporalmente?

Los miembros deben ser residentes de Tennessee para ser elegibles para TennCare. Díganos si usted o alguien de su unidad familiar NO es un residente de Tennessee. O si usted o alguien de su unidad familiar viven temporalmente fuera del estado. Díganos si planea regresar a Tennessee y la fecha.

¿Alguien de su unidad familiar está en la cárcel o prisión?

Díganos el nombre de cualquier persona incluida en el Paquete de Renovación que está en la cárcel o prisión. Si una persona está en la cárcel o prisión, no significa que no sea elegible para TennCare. La persona podría conservar TennCare si cumple con otras reglas de elegibilidad.

¿Por qué pedimos esta información? La persona en la cárcel se puede contar para el tamaño de su unidad familiar. Si una persona está en la cárcel o prisión, el tamaño de la unidad familiar puede cambiar para usted u otros miembros que figuran en el Paquete de Renovación. Si nadie de las personas que figuran en el Paquete de Renovación está en la cárcel o prisión, esto debe dejarse en blanco.

¿En qué idioma lee y escribe mejor?

Díganos si lee y escribe mejor en inglés o español. Le enviaremos sus avisos en el idioma que elija.

Impuestos

Esta sección le pregunta sobre su información de impuestos y la de su unidad familiar para la próxima vez que presente su declaración de impuestos. Complete las tablas incluidas en el Paquete de Renovación.

¿Alguien de la unidad familiar planea presentar una declaración de impuestos federal en el próximo periodo de declaración de impuestos?

Díganos si planea presentar una declaración de impuestos federal el próximo año. Esto puede ser diferente de los formularios de impuestos que ya le envió al IRS.

Díganos el nombre de la(s) persona(s) que presentan la declaración de impuestos. Si la persona presentará una declaración conjunta, escriba el nombre del cónyuge y díganos si esta persona vive fuera del hogar. Si el contribuyente reclamará dependientes en la declaración de impuestos, escriba el nombre y la fecha de nacimiento de cada dependiente. Si necesita más espacio, puede adjuntar una hoja de papel aparte. No se olvide de incluir su nombre y número de caso en cada hoja que nos envíe.

¿Alguno de los dependientes vive fuera de su unidad familiar?

Díganos los nombres y las fechas de nacimiento de los dependientes.

¿Alguien de la unidad familiar será reclamado como dependiente fiscal por otra persona en el próximo periodo de declaración de impuestos?

Díganos el nombre del dependiente fiscal, el nombre y la relación del contribuyente con esta persona y si el contribuyente y el dependiente fiscal viven juntos.

¿Tiene preguntas sobre impuestos? Visite el sitio web del IRS en <https://www.irs.gov/>.

¿Usted o alguien de su unidad familiar tiene algún gasto que se puede deducir en su declaración de impuestos federal como interés de préstamo estudiantil, gastos de mudanza militar, pensión alimenticia?

Indique el gasto. Y díganos cuánto paga y con qué frecuencia. Hay ciertos gastos que puede usar para disminuir sus ingresos brutos, los cuales llaman deducciones. El IRS permite estas deducciones. No tiene que ser contribuyente para obtener estas deducciones. Estas deducciones son cosas como:

- **Pensión alimenticia que paga:** este es un pago a un ex cónyuge en virtud de un acuerdo de separación. Díganos la fecha en que un tribunal ordenó la pensión alimenticia.
- **Interés sobre préstamo estudiantil:** este es el interés que una persona paga en el pago de un préstamo estudiantil calificado durante el mes de la solicitud.
- Otras deducciones como:
 - **Gastos de educadores:** para maestros que pagan por los útiles que se usan en el salón de clases
 - **Gasto de mudanza:** para un miembro de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. que tiene un cambio de estación
 - **Deducción de cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA):** contribuciones a una HSA

- **Matrícula y cuotas:** gastos de matrícula para la escuela si los gastos se pagan de bolsillo y se deducen en la declaración de impuestos

Las deducciones ya reducidas de los ingresos por trabajo por cuenta propia no se deben reportar aquí nuevamente.

Los comprobantes de deducciones podrían ser cosas como formularios de impuestos, órdenes judiciales o cheques cancelados. Este comprobante debe enviarse con el Paquete de Renovación. No envíe el original. **Envíe una copia.**

Información sobre el trabajo actual y los ingresos

Esta sección pregunta sobre la información de empleo e ingresos de todos los miembros de su unidad familiar. Esto incluye los ingresos del trabajo y otros ingresos. Revise la información de ingresos que tenemos para su unidad familiar y díganos si es correcta.

Ejemplos de lo que se puede usar como comprobante:

- Talonarios de paga
- Declaración del empleador
- Declaración firmada para propinas
- Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales (Anexo SE)
- Documentos del negocio
- Formularios de impuestos (1040 o W-2 del último año fiscal)
- Estados de cuenta bancarios que muestren claramente los depósitos de ingresos si no se dispone de otros tipos de pruebas.

No envíe originales. **Envíe una copia.**

Nuestros expedientes indican que nadie de su hogar está empleado o le pagan por trabajar en un trabajo. ¿A alguien de su unidad familiar ahora le pagan por trabajar en un trabajo?

Díganos si a usted o a alguien de su unidad familiar le pagan en un trabajo.

Revise la información de empleo que encontramos para su unidad familiar y díganos si es correcta.

Toda la información de empleo actual que tenemos en nuestros expedientes para su unidad familiar se indica al principio de esta sección. Esto incluye la persona, el nombre del empleador y los ingresos mensuales. Revise la información de cada persona en la lista.

Esto corresponde a todas las personas de su unidad familiar que actualmente están empleadas de quienes tenemos conocimiento. Si no tenemos información sobre ingresos para alguien de su unidad familiar, necesitamos que nos diga de los ingresos que reciba cualquier persona de su unidad familiar. Si necesita más espacio, puede adjuntar una hoja de papel aparte. No se olvide de incluir su nombre y número de caso en cada hoja que nos envíe.

Si toda la información sobre el empleo y la cantidad de ingresos mensuales que enumeramos es correcta, no tiene que volver a escribirla en la siguiente pregunta. Pero sí necesitamos que complete otras secciones de este Paquete de Renovación.

¿A alguien le pagan por trabajar en un trabajo no mencionado arriba o necesita corregir los datos anteriores?

Díganos sus nombres en la tabla proporcionada y adjunte copias de sus talonarios de paga de las últimas 8 semanas. Si no tiene 8 semanas de comprobantes, envíe lo que tenga. Incluya todos los trabajos, aunque sean de tiempo parcial o con paga en efectivo. Envíenos talonarios de paga, formularios de impuestos (1040 o W-2) o cualquier otro comprobante de trabajo e ingresos.

Díganos si recibió propinas que no figuran en sus talonarios de paga. Si la persona trabaja por cuenta propia, adjunte sus registros fiscales o empresariales.

Si no mencionamos ningún empleo para su unidad familiar, eso significa que no tenemos ningún empleo registrado.

Incluya la siguiente información sobre sus ingresos:

- **Nombre:** de la persona que recibe estos ingresos.
- **Empleador:** el nombre y la dirección del empleador.
- **Cuánto (salarios/propinas antes de impuestos):** escriba la cantidad que se muestra en los talonarios de paga de esta persona antes de que se descuenten los impuestos. Incluya todos los ingresos de propinas con el total, incluso si no se informa al empleador.
- **Frecuencia:**
 - por hora
 - diariamente
 - semanalmente
 - cada 2 semanas
 - dos veces al mes
 - mensualmente
 - anualmente
- **Horas trabajadas en una semana:** escriba el número de horas habitualmente trabajadas en una semana.

No es necesario incluir las cantidades que un empleador reduce de un cheque de paga para guardería infantil, seguro médico o planes de jubilación que no están “sujetos a impuestos”. A veces se llaman “deducciones antes de impuestos”.

El talonario de paga debería indicar estas deducciones individualmente. No incluya estas cantidades en la paga indicada. El talonario de paga podría indicar “federal taxable wages” (sueldo sujeto a impuestos federales), que resta las cantidades antes de impuestos del salario bruto. Si esta aparece en el talonario de paga hay una cantidad bajo “federal taxable wages”, úsela para reportar el pago.

Revise la información bajo otros ingresos que tenemos para su unidad familiar y díganos si es correcta.

Díganos si los ingresos que figuran en la tabla han terminado o cambiado.

Durante los últimos 30 días, ¿alguien recibió otros ingresos?

Díganos sus nombres, el tipo de ingresos, la cantidad y la frecuencia en la tabla proporcionada. Otros tipos de ingresos son cosas como:

- Desempleo
- Pensiones y cuentas de jubilación
- Seguro Social
- Pensión alimenticia

Para obtener más información sobre otros tipos de ingresos, visite <https://www.tn.gov/tenncare/policy-guidelines/eligibility-policy.html>.

¿Alguien aparte de uno de sus padres (si es menor de 18 años) o su cónyuge le ayuda a pagar su comida O vivienda cada mes?

Solo necesita responder esta pregunta si tiene ingresos del Seguro Social.

Esta ayuda puede ser cosas como renta, hipoteca, seguro de propiedad, gas, electricidad, combustible para calefacción, agua, alcantarillado, servicio de recolección de basura o impuestos a la propiedad.

Si sí, díganos:

- ¿La persona que ayuda a pagar esto vive con usted?
- ¿Qué le ayuda a pagar?
- ¿Cuánto es este gasto o factura?
- ¿Cuánto paga?
- ¿Número de personas en el hogar?
- ¿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.

La cobertura de seguro médico de su familia

¿Ha habido cambios en la cobertura de seguro médico suya o de su unidad familiar? Esta sección debe ser completada para cualquier miembro que tenga cobertura de atención médica **que no es TennCare o CoverKids.**

¿Alguien de su familia se inscribió en otra cobertura de seguro médico en el último año?

Si sí, debe decirnos lo siguiente:

- Nombre del plan de seguro
- Proporcione los nombres de los miembros de la unidad familiar que tengan esta cobertura
- Tipo de seguro:
 - Medicare
 - TRICARE
 - Programas de Seguro Médico de la Administración de Veteranos
 - COBRA
 - Cuerpo de Paz
 - Plan de seguro médico para jubilados
 - Seguro del empleador
- Si este un plan de beneficios limitados, como una póliza de accidente escolar
- Si esto cubre beneficios de maternidad

¿Alguien que aparece en este Paquete de Renovación tiene acceso a otra cobertura de seguro médico a través de un trabajo?

Díganos sus nombres. Esto incluye la cobertura ofrecida por el trabajo de otra persona, como uno de los padres o el cónyuge. Si a uno de los padres le ofrecen cobertura de seguro médico en su trabajo e incluye cobertura de la familia, responda “Sí” a esta pregunta. Díganos el nombre del niño y el nombre del padre o la madre.

¿Usted o alguien de su unidad familiar perdió Medicare porque volvió al trabajo y ganaba más dinero de lo permitido por su límite del Seguro Social?

Si sí nombre(s).

¿Alguien de su unidad familiar tuvo un cambio en el seguro médico?

Díganos si alguien en la unidad familiar tuvo un cambio o perdió su seguro médico.

Preguntas Parte 1

Las siguientes preguntas son para usted y las personas de su unidad familiar.

¿Está usted o alguien que vive con usted embarazada ahora O estuvo embarazada en los últimos 12 meses?

Esta persona podría ser elegible para la cobertura posparto. Díganos lo siguiente:

- Quién está/estuvo embarazada
- Fecha de parto prevista o la fecha cuando terminó el embarazo
- La cantidad de bebés que espera

¿Usted o alguien de su unidad familiar 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 unidad familiar la persona principal que cuida a este niño?

Díganos si alguien de su unidad familiar es la persona principal que cuida a un niño menor de 18 años. O está cuidando a una persona de 18 años que todavía está en la escuela a tiempo completo. Si sí, díganos:

- El nombre del cuidador principal
- El nombre cada niño
- Relación con el cuidador

¿Usted o alguien de su unidad familiar tiene 21 años de edad o menos y es estudiante?

Díganos su nombre y si son de tiempo completo, tiempo parcial o menos que tiempo parcial.

- Estudiante de tiempo completo significa inscripción en por lo menos 12 horas de créditos por semestre.
- Estudiante a tiempo parcial significa inscripción en por lo menos 6 horas de créditos por semestre, pero menos de 12.
- Estudiante de menos que tiempo parcial significa inscripción en menos de 6 horas de créditos por semestre.

¿Estuvo usted o cualquier persona de su unidad familiar en cuidado de crianza (*foster*) a los 18 años o más de edad y también recibía Medicaid?

Una persona menor de 26 años podría ser elegible para TennCare si estuvo en cuidado de crianza (*foster*) a los 18 años y recibió Medicaid. Díganos el nombre de la persona.

¿Usted o cualquier persona de su unidad familiar tiene menos de 65 años de edad y está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para cáncer de mama o de cuello del útero?

Esta persona podría ser elegible para TennCare si necesita un tratamiento continuo para el cáncer de mama o de cuello uterino.

Díganos el nombre de la persona si actualmente está recibiendo atención o si necesita tratamiento ahora para el cáncer de mama o de cuello uterino. Si la persona que necesita o está recibiendo tratamiento para cáncer de mama o de cuello del útero no ha sido evaluada para cáncer de mama o de cuello del útero, pero piensa que debería ser evaluada, se debe comunicar con el Departamento de Salud en <https://www.tn.gov/health/health-program-areas/localdepartments.html>.

¿Usted o alguien de su unidad familiar está en un centro médico ahora (como un hospital) y ha estado allí por lo menos 30 días? O, ¿está en un lugar médico ahora y estará allí por lo menos 30 días?

Esta persona podría ser elegible para Servicios y Apoyos de Largo Plazo. Díganos el nombre de la persona si ha estado o estará en un centro médico por lo menos 30 días. Díganos:

- Cuándo fue internado en el centro médico
- El nombre del centro médico. Esto es opcional.
- El nombre y número de teléfono de su doctor. Esto es opcional.

Servicios y Apoyos de Largo Plazo

Los Servicios y Apoyos de Largo Plazo (LTSS) son servicios de apoyo y atención médica y/o personal para personas que necesitan ayuda para hacer las actividades de la vida diaria. Estas son cosas como bañarse, vestirse, comer, trasladarse e ir al baño. Y pueden ser actividades que son esenciales para la vida diaria, como quehaceres, preparar comidas, tomar medicamentos, ir de compras y administrar el dinero. LTSS ofrece atención a través de un centro de enfermería o servicios comunitarios en el hogar. Para obtener más información, vaya a <https://www.tn.gov/tenncare/long-term-services-supports.html>.

Esta parte solo se incluirá en su Paquete de Renovación si usted o alguien de su unidad familiar reciben servicios y apoyo a largo plazo a través de CHOICES.

Revise la información que tenemos archivada en la tabla proporcionada. Si necesita un tipo diferente de atención, complete las preguntas de la Parte 2.

Preguntas Parte 2

Las siguientes preguntas son para usted y las personas de su unidad familiar.

¿Recibió usted o alguien de su unidad familiar beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario o SSI en el pasado, pero ya no?

Díganos el nombre de la persona y cuándo terminaron los beneficios de SSI.

¿Usted o alguien de su unidad familiar vive en un centro médico o casa de convalecencia?

Díganos el nombre de la persona si vive en un centro médico o en un asilo de ancianos. También debe decirnos:

- el nombre del centro médico o del hogar de ancianos
- cuando empezó el cuidado

¿Necesita atención por convalecencia en una casa de convalecencia o en su hogar?

Las actividades de la vida diaria son cosas como cocinar, comer, bañarse, ir al baño y moverse. Díganos el nombre de la persona si necesita el tipo de atención que se presta en una casa de convalecencia. Este tipo de atención se puede prestar en el hogar.

¿Usted o alguien de su unidad familiar califica para atención en una casa de convalecencia pero en su lugar quiere atención en su hogar?

Usted o alguien de su unidad familiar podría ser elegible para recibir atención y apoyo en el hogar.

Díganos el nombre de la persona si necesita el tipo de atención que se presta en una casa de convalecencia pero quiere recibir atención en el hogar.

¿Usted o alguien de su unidad familiar califica para atención en un Centro de Atención Intermedia para Individuos con Discapacidades Intelectuales (ICF/IID), pero en su lugar quiere atención en el hogar?

¿Tiene esta persona discapacidades intelectuales (un IQ de 70 o menos) que haya comenzado antes de los 18 años de edad?

Díganos el nombre de la persona si necesita el tipo de atención que se presta en un ICF/IID pero quiere recibir atención en el hogar.

¿Usted o alguien de su unidad familiar tiene cónyuge (esposo o esposa) que no vive también en su casa?

Díganos el nombre de la persona si su cónyuge no vive en el hogar. También debe decirnos por qué la persona no vive en el hogar.

¿Recibe usted o alguien de su unidad familiar Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) en CHOICES o PACE?

Los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) y el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE) son ofertas de atención en el hogar para ayudar a las personas que necesitan ayuda con las actividades de la vida diaria.

Si sí, díganos su(s) nombre(s).

¿Está recibiendo usted o alguien de su unidad familiar HCBS a través de las exenciones agregadas integrales con límite (CAC), estatales o de autodeterminación para las personas con discapacidades intelectuales?

Las exenciones agregadas integrales con límite (CAC), estatales o de autodeterminación ofrecen servicios a niños y adultos con discapacidades intelectuales y niños menores de 6 años con retraso en el desarrollo para apoyar su independencia en la comunidad.

Si usted o alguien de su unidad familiar recibe HCBS a través de una exención CAC, estatal o de autodeterminación, díganos su(s) nombre(s).

¿Usted o alguien de su unidad familiar 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)?

Employment and Community First CHOICES (ECF) presta servicios y apoyos a largo plazo a personas de todas las edades que tienen una discapacidad intelectual o del desarrollo. Los programas ECF ayudan a las personas a vivir en la comunidad y no en una institución. Para obtener más información, vaya a <https://perlss.tennCare.tn.gov/externalreferral>.

Si sí, díganos su(s) nombre(s).

¿Usted o alguien de su unidad familiar requiere atención para enfermos terminales (hospicio)?

Si sí, díganos su(s) nombre(s).

¿Usted o alguien de su unidad familiar tiene Medicare y quiere obtener o conservar ayuda para pagar su costo compartido de Medicare, como QMB o SLMB?

Esto también se conoce como Plan de Ahorro de Medicare (MSP). Estos pagan las primas de Medicare y a veces los copagos y deducibles de Medicare. Si sí, díganos su(s) nombre(s).

¿Usted o alguien de su unidad familiar está embarazada o es menor de 21 años?

Si sí, ¿usted o cualquier otra persona del hogar ha recibido atención médica o medicina en los últimos 3 meses y tiene cuentas (pagadas o no pagadas) relacionadas con esa atención médica o medicina? O, ¿ha pagado alguna cuenta médica este mes (independientemente de su antigüedad)? Si sí, enumere las facturas médicas o dentales por atención o medicamentos en los últimos 3 meses en la tabla provista. Díganos:

- Nombre
- Donde lo atendieron
- De cuánto es la factura
- Fecha del servicio

Para ver más sobre las facturas permitidas, vaya a

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

¿Usted o alguien de su unidad familiar tiene 21 años de edad o menos y trabaja tiempo completo?

Díganos el nombre de la persona.

Katie Beckett es solo para menores de 18 años que tienen necesidades médicas complejas o una discapacidad 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 en: <https://tenncareconnect.tn.gov/>.

Para recursos adicionales:

<p>¿Usted o alguien de su unidad familiar vive en un centro médico o casa de convalecencia o necesita atención de convalecencia en una casa de convalecencia o en el hogar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los miembros que ya reciben HCBS y que necesiten ayuda con el Paquete de Renovación deben comunicarse con el Coordinador de Atención de su plan de seguro médico (MCO) de TennCare. O bien, llame al número indicado al reverso de su tarjeta de identificación de TennCare. • Si está en una casa de convalecencia pero no en un programa CHOICES y necesita ayuda con el Paquete de Renovación, solicite ayuda en la casa de convalecencia. O llame a la agencia local para discapacidades y senectud (Area Agency on Aging and Disability, AAAD) al 866-836-6678. • Si no está en una casa de convalecencia pero necesita atención de convalecencia en una casa de convalecencia o en el hogar y necesita ayuda con el Paquete de Renovación, comuníquese con la agencia local para discapacidades y senectud (Area Agency on Aging and Disability, AAAD) llamando al 866-836-6678. Dígales que quiere presentar la solicitud. • Si está recibiendo HCBS en un Programa de Atención Integral (PACE) o necesita HCBS en un PACE y necesita ayuda con el Paquete de Renovación, llame al administrador de PACE. O llame a PACE al 423-495-9114. PACE es la abreviatura en inglés de Programa para Atención Inclusiva. PACE es un programa de atención diurna para adultos, basado en la comunidad, cuyo fin es servir a los envejecientes frágiles que viven en el Condado de Hamilton. <p>Si está recibiendo HCBS a través exenciones agregadas integrales con límite (CAC) o estatales y necesita ayuda con el Paquete de Renovación, llame a su Coordinador de Apoyo Independiente.</p>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Si está recibiendo HCBS a través de la exención de autodeterminación y necesita ayuda con el Paquete de Renovación, llame al Departamento de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (Department of Intellectual and Developmental Disabilities, DIDD). <ul style="list-style-type: none"> • Si vive en el oeste de TN, llame al 866-372-5709. • Si vive en el centro de TN, llame al 800-654-4839. • Si vive en el este de TN, llame al 888-531-9876. • Si necesita HCBS en una exención para personas con discapacidades intelectuales, pero actualmente no recibe esa atención y necesita ayuda con el Paquete de Renovación, llame al Departamento de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (Department of Intellectual and Developmental Disabilities, DIDD). <ul style="list-style-type: none"> • Si vive en el oeste de TN, llame al 866-372-5709. • Si vive en el centro de TN, llame al 800-654-4839. • Si vive en el este de TN, llame al 888-531-9876. • Si vive en un ICF/IID, puede pedirle ayuda al ICF/IID con el Paquete de Renovación.
<p>¿Tiene Medicare y quiere ayuda con costos compartidos de Medicare (copagos y deducibles de Medicare)?</p>	<p>Llame al Programa de Asistencia con el Seguro Médico Estatal (SHIP) al 877-801-0044. Dígalos que necesita ayuda con su Paquete de Renovación de TennCare y que quiere recibir ayuda o conservar su ayuda con el pago de los costos compartidos de Medicare (QMB o SLMB).</p>
<p>¿Necesita atención para enfermos terminales (hospicio)?</p>	<p>Llame a su plan de seguro médico de TennCare (MCO). El número de teléfono se indica al reverso de su tarjeta de TennCare. Dígalos que necesita ayuda con su Paquete de Renovación y que necesita o ya recibe atención para enfermos terminales (<i>hospice</i>).</p>

Gastos

Esta sección pregunta sobre los gastos de su unidad familiar. Esta sección solo debe completarse si una pregunta se marcó “Sí” en la Preguntas Parte 2.

¿Usted o alguien de su unidad familiar paga cuidado infantil o cuidado de un miembro de la unidad familiar que está discapacitado?

Díganos sobre cualquier pago por guardería infantil o por cuidado de un adulto discapacitado. También debe decirnos:

- Quién recibe este cuidado
- Quién paga este cuidado
- Cuánto se paga por el cuidado
- Con qué frecuencia se hace el pago por el cuidado

Envíe comprobante que indique quién es la persona que cuida y cuánto le paga. No envíe el original. **Envíe una copia.** No se olvide de incluir su nombre y número de caso en cada hoja que nos envíe.

¿Usted o alguien de su unidad familiar tiene gastos por cosas que lo ayuden a trabajar porque es ciego o discapacitado? O bien ¿tiene facturas médicas pendientes (incluso aunque ya nos las haya enviado)?

Díganos de cualquier gasto relacionado con la discapacidad y el trabajo para personas ciegas que pague alguien de su unidad familiar. Esto puede ser cosas como servicios médicos, dispositivos médicos y terapia física que necesita para poder trabajar. También debe decirnos:

- Cuál es el gasto
- Quién paga este gasto
- Cuánto paga por este gasto
- Con qué frecuencia paga este gasto

Para ver más sobre los gastos permitidos, vaya a

www.tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/ABDIncomeDisregardsandExpenses.pdf.

¿Respondió “Sí” a la pregunta “¿Está usted o alguien de su unidad familiar embarazada o menor de 21 años?” en la sección Preguntas Parte 2?

Si respondió “Sí”, complete la tabla que viene en el Paquete de Renovación. Escriba las facturas médicas o dentales por atención o medicamentos que usted o alguien de su unidad familiar haya recibido en los últimos 3 meses. Estos pueden ser cosas como los honorarios del médico, los cargos del hospital y los medicamentos de venta libre. También debe decirnos:

- En dónde lo atendieron
- De cuánto es la factura
- Fecha del servicio

Recursos

Los recursos son cosas que usted u otra persona de su unidad familiar poseen, como vehículos, cuentas bancarias y propiedad. Esta sección pregunta si ha habido cambios en los recursos para usted o para alguien de su unidad familiar. Díganos únicamente sobre los recursos que cambiaron o que no ha indicado.

Esta sección solo debe completarse si una pregunta se marcó “Sí” en la sección Preguntas Parte 2. Debe enviar comprobante de su recurso con el Paquete de Renovación. No envíe el original. **Envíe una copia.**

Nuestros expedientes indican que nadie de su hogar tiene recursos (activos). ¿Alguien de su unidad familiar tiene recursos?

No vemos que usted tiene ningún recurso. Díganos si usted tiene recursos.

Revise los recursos (activos) que nos informó acerca de su unidad familiar.

Un recurso es un bien inmueble o mueble que tiene valor en efectivo. Los recursos son cosas como dinero en efectivo, ahorros, acciones, casas, terrenos y vehículos. Díganos si todavía tiene el recurso y cuánto vale actualmente. Estos son todos los recursos que conocemos de su unidad familiar. Si toda la información del recurso es correcta, díganos el valor actual.

¿Usted o alguien que vive con usted posee recursos (activos) no enumerados arriba?

Si no tenemos ya información de Recursos, díganos sobre los Recursos que usted o cualquier persona de su unidad familiar recibe. Marque el tipo de recurso. También debe decirnos:

- Nombre del propietario
- Cuál es el valor
- Cuánto debe todavía

Si usted o alguien de su unidad familiar es propietario de un recurso que no se indica específicamente en el Paquete de Renovación, debe indicarlo bajo Otro. Otros recursos no nombrados en el Paquete de Renovación podrían incluir (entre otros):

- Equipos agrícolas
- Ganado
- Equipo utilizado para empleo por cuenta propia.

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

Díganos si usted o alguien de su unidad familiar vendió, regaló o transfirió la propiedad de alguna de las siguientes cosas:

Efectivo y cuentas bancarias	Fondos mutuos, acciones, bonos
Cuentas de ahorro o de sindicato	Cuentas 401(k), IRA o Keogh
Cuentas de Club Navideño	Préstamo (dinero que le deben)
Contrato de servicios funerarios irrevocable	Certificados de ahorro o CD
Fondos fiduciarios	Cuentas con ventajas fiscales

Motocicleta o lancha	Propiedad o terreno
Automóvil, camioneta o vehículo de motor	Póliza de seguro de vida
RV o cámper	Otro (si está marcado)

Complete la tabla que viene en el Paquete de Renovación. Usted nos debe decir:

- Qué es lo que vendió, intercambió 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 se vendió, intercambió o regaló

Si necesita más espacio, puede adjuntar una hoja de papel aparte. Envíe comprobantes que muestren lo que se vendió o regaló. No envíe el original. **Envíe una copia.** No se olvide de incluir su nombre y número de caso en cada hoja que nos envíe.

En los últimos 12 meses (1 año), ¿alguien de su unidad familiar recibió una suma grande de dinero?

Díganos si alguien en la unidad familiar recibió una suma grande de dinero. Esto podría ser cosas como liquidación de seguro, dinero que le debía el Seguro Social o un premio de la lotería. También debe decirnos:

- Nombre de la persona
- Cuánto recibió la persona
- De dónde provino
- Cuándo recibió esta suma grande de dinero

El tipo de comprobante que puede enviarnos es documentos bancarios o una carta de adjudicación que indique cuánto recibió. No envíe el original. **Envíe una copia.**

Ayuda para completar este Paquete de Renovación

Esta sección le indica cómo obtener ayuda con su Paquete de Renovación.

Un Representante Autorizado es una persona de confianza quien, con su consentimiento, hará lo siguiente:

- Hablar con nosotros sobre este Paquete de Renovación y la atención médica de su unidad familiar
- Ver su información
- Actuar en su nombre en asuntos relacionados con este paquete y su cobertura (incluyendo obtener información sobre su Paquete de Renovación)
- Firmar una solicitud para todos los miembros de su unidad familiar
- Completar y enviar un Paquete de Renovación para su unidad familiar
- Recibir todos los avisos, tarjetas de seguro y otras comunicaciones sobre la solicitud, citas, renovaciones o elegibilidad para su unidad familiar

La ley federal prohíbe hablar del caso de una persona con un tercero a menos que haya un consentimiento escrito del jefe de familia o a menos que la persona esté presente y dé su consentimiento verbal para ello.

Si tiene un representante autorizado, su información se proporciona en el Paquete de Renovación. Revise la información.

¿Quiere que los derechos y obligaciones de su representante autorizado cambien?

Si sí, seleccione qué derechos y responsabilidades quiere que tengan. También puede optar por terminar los derechos y responsabilidades de su representante autorizado.

¿Tiene un representante autorizado que pueda hablar con nosotros o tomar decisiones sobre 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. Continuará teniendo estos derechos hasta que usted nos diga que quiere cambiarlos. Complete la tabla que viene en el Paquete de Renovación.

Si el representante que lo ayuda es parte de una organización, como un hospital, un médico o una casa de convalecencia, el representante debe completar la tabla que viene en el Paquete de Renovación. Díganos:

- Nombre de la organización (si corresponde)
- Número de identificación (si corresponde)
- Firma
- Fecha (si corresponde)

Si usted o alguien en este Paquete de Renovación ya tiene un representante legalmente designado (un tutor legal, custodio o apoderado), envíenos el comprobante con el paquete.

Lea y firme este Paquete de Renovación

Esta sección le dice sobre sus derechos y obligaciones como miembro de TennCare o CoverKids. Asegúrese de leer y entender estos derechos y obligaciones. Si tiene preguntas, llámenos gratis al **855-259-0701**.

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.

Díganos si nos da su autorización para renovar su cobertura utilizando su información de los impuestos. Puede darnos su autorización para hacerlo desde 1 año hasta 5 años (pero no más de 5 años).

Está bien si no quiere darnos su autorización para utilizar su información de los impuestos. Seguiremos tratando de ver si es elegible utilizando otras fuentes.

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?

Díganos si nos da su autorización para usar su información para verificar recursos utilizando una agencia de crédito del consumidor.

Mi derecho a apelar

Esta sección le dice sobre su derecho a presentar una apelación. Si piensa que una decisión que tomamos es incorrecta, le indica cómo presentar una apelación.

Usted (o un representante legal o un representante autorizado) debe **firmar** el Paquete de Renovación. Firme en la casilla que dice **“Firma”**. Escriba su nombre completo y la fecha.

¿Qué pasa si nos envían el Paquete de Renovación pero no está firmado? Enviaremos una carta pidiendo una firma antes de que podamos revisar su Paquete de Renovación.

No se olvide de enviarnos su Paquete de Renovación completo y los comprobantes.

Asegúrese de enviar el Paquete de Renovación y los comprobantes (como comprobante de ingresos) y el Apéndice A y/o B (si está completado). Y asegúrese de enviárnoslo a tiempo. Se debe enviar a TennCare antes de la fecha de vencimiento indicada en la carta que le llegó con el Paquete de Renovación.

Hay 3 maneras de renovar su cobertura. Sólo tiene que escoger un método:

- Usando TennCare Connect para renovar en línea en <https://tenncareconnect.tn.gov>. Inicie sesión en su cuenta y seleccione “Renew my

Coverage” (Renovar mi cobertura). ¿Aún no ha creado una cuenta en línea o bajado la aplicación? Vaya a <https://tenncareconnect.tn.gov> para averiguar más.

- Por teléfono llamando al 855-259-0701.
- Complete, firme y envíenos este Paquete de Renovación. Hay 2 maneras de hacemos llegar sus hojas.
 - Por correo postal: TennCare Connect
 P.O. Box 305240
 Nashville, TN 37230-5240
 - Por fax: 855-315-0669

¿Qué pasa si el Paquete de Renovación no se devuelve antes de la fecha de vencimiento? Usted y su unidad familiar podrían perder la cobertura de seguro médico con nosotros. Enviarnos los comprobantes que necesitamos para decidir si puede conservar la cobertura puede ayudarnos a revisar el Paquete de Renovación más rápido.

¿Necesita alguien ayuda en otro idioma? Llame al 855-259-0701 y díganos el idioma. Si alguien tiene un problema de audición o habla y usa un dispositivo TTY, llame al 800-848-0298, luego marque 855-259-0701 y elija la opción 4.

Registro de electores

TennCare es una agencia para el registro de electores. Puede optar por solicitar hoy el registro para votar.

Si usted o alguien de su unidad familiar quiere registrarse para votar, TennCare le enviará un formulario de registro de electores por correo.

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 TennCare.

Si necesita ayuda para completar el formulario de registro de elector, llámenos al 855-259-0701. También 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

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

Apéndice A

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

Se pueden hacer copias del Apéndice A si es necesario agregar a más personas.

Recuerde, no puede usar el Apéndice A para solicitar Katie Beckett. Si alguna de las personas que agrega quiere solicitar Katie Beckett, debe ir a <https://tenncareconnect.tn.gov/>.

La nueva persona debe completar la tabla que viene en el Apéndice A, que incluye lo siguiente:

- Nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo (Jr., Sr., III)
- Fecha de nacimiento
- Sexo (Hombre/Mujer)
- SSN

Se debe proporcionar el Número de Seguro Social (SSN) de la nueva persona para ayudarnos a determinar la elegibilidad de la persona más rápidamente. Hay algunas excepciones a proporcionar un SSN, pero si la persona que quiere agregar tiene un SSN, esa información debe proporcionarse.

Si quiere ayuda para obtener un SSN, llame al **800-772-1213** o visite **SSA.gov**. Los usuarios de TTY deben llamar al **800-325-0778**.

¿Usted tiene 22 años de edad o menos y es estudiante?

Díganos si la nueva persona tiene 22 años o menos y es estudiante. Díganos si su estado de matriculación en la escuela es a tiempo completo, a tiempo parcial o menos de tiempo parcial.

¿Estuvo usted en cuidado de crianza (*foster*) a los 18 años o más y recibía Medicaid?

Díganos si la nueva persona estaba en cuidado de crianza (*foster*) a los 18 años o más de edad mientras recibía Medicaid.

¿Es menor de 65 años de edad y está recibiendo tratamiento ahora o necesita tratamiento para el cáncer de mama o de cuello del útero?

Díganos si la nueva persona es menor de 65 años de edad y necesita o está recibiendo tratamiento para cáncer de mama o de cuello del útero.

Si la nueva persona no ha sido evaluada para cáncer de mama o de cuello del útero pero piensa que debería ser evaluada, se debe comunicar con el Departamento de Salud en <https://www.tn.gov/health/health-program-areas/localdepartments.html>.

¿Es usted un ciudadano estadounidense o de nacionalidad estadounidense?

Díganos si la nueva persona es ciudadana estadounidense o de nacionalidad estadounidense. Estado de inmigración elegible significa que el nuevo miembro tiene un estado que le permite ser considerado para cobertura de seguro médico.

Si tiene un estatus migratorio elegible, también debe decirnos:

- Su nuevo estado

- Fecha en que obtuvo el estatus
- Fecha en que ingresó a los Estados Unidos
- Número de extranjero o I-94
- Número de tarjeta o pasaporte
- Identificación de SEVIS
- Otro (código de categoría o país de emisión)
- Si ha vivido en los Estados Unidos desde 1996
- Si la persona o su cónyuge o padre/madre es un veterano o un miembro del servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU.

El nuevo miembro debe proporcionar todos los números/identificaciones aplicables para asegurar que su estado migratorio elegible pueda ser confirmado.

Ejemplos de un estatus migratorio elegible son:

- Refugiado
- Asilado
- Entrante cubano o haitiano
- No ciudadanos que han sido residentes permanentes legales durante 5 años o más

Si es hispano/latinoamericano, marque la casilla para decirnos su etnicidad (marque todo lo que corresponda).

Díganos de la etnicidad de la nueva persona. Puede seleccionar una o más de la lista proporcionada en el Paquete de Renovación.

Marque la casilla para decirnos su raza (marque todo lo que corresponda).

Díganos la raza de la nueva persona. Puede seleccionar una o más de la lista proporcionada en el Paquete de Renovación.

Apéndice B

El Apéndice B se debe completar si el miembro de TennCare o un miembro de la familia es indio americano o nativo de Alaska y quiere cobertura.

Los indígenas nativos estadounidenses y los indígenas nativos de Alaska pueden recibir servicios de Indian Health Services, programas de salud tribales o programas de salud urbanos para indígenas. También es posible que no tengan que pagar el costo compartido y que puedan tener períodos mensuales de inscripción especiales.

Pueden sacar copias del Apéndice B si es necesario incluir a más personas. El Apéndice B debe enviarse con el Paquete de Renovación.

¿Qué puede usar como comprobante?

Estas son cosas que verifican si es indígena nativo de Estados Unidos o de Alaska. Eso son cosas como:

- Tarjeta de Identidad tribal
- Certificados de nacimiento indígena
- Otra documentación de una tribu, de Indian Health Services (IHS) o Bureau of Indian Affairs (BIA)

Díganos el primer y segundo nombre y el apellido de la persona de su unidad familiar que sea indígena estadounidense o indígena nativo de Alaska.

¿Es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?

Díganos si esta persona es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal. Si sí, debe decirnos el nombre de la tribu y el estado en el que se encuentra la tribu.

¿Esta persona alguna vez ha recibido un servicio de Indian Health Services, 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?

Díganos si usted o alguien de su unidad familiar ha recibido servicios de Indian Health Services, un programa tribal o un programa de salud indígena urbano. O si usted o alguien de su unidad familiar obtuvo una referencia de uno de estos programas.

Si no, ¿califica esta persona para recibir servicios de Indian Health Services, de programas de salud tribales o de programas de salud para indígenas urbanos o a través de una recomendación de uno de esos programas? Díganos Sí o No.

Cierto dinero recibido no puede ser contado para Medicaid o CoverKids. Indique los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes:

Díganos cuánto y con qué frecuencia recibe pagos de cosas como recursos naturales, regalías, agricultura o por vender cosas.

RECUERDE: Todos los documentos deben devolverse a TennCare antes de la fecha de vencimiento indicada en la carta del Paquete de Renovación. La identificación de la carta

28

Rev: 23Dec17

**¿Necesita ayuda especial? ¿Necesita reportar un cambio? ¿Tiene preguntas? Llámenos.
TennCare Connect 855-259-0701**

Estamos para ayudarle de lunes a viernes

(en la esquina superior izquierda) es TN 401. Estos documentos deben incluir el Paquete de Renovación y los comprobantes junto con el Apéndice A y/o el Apéndice B (de completarse).

Es importante que conserve los originales para sus expedientes. Envíenos una copia.

Vea la hoja “Cómo reportar cambios o enviar información a TennCare” incluida al final de esta carta.