

**SOLICITUD DE EXENCIÓN**  
**INCLUYA UN ACTA DE DEFUNCIÓN LEGIBLE**

**Nombre de la  
persona  
fallecida:**

*Nombre*

*Segundo Nombre*

*Apellido(s)*

**Solicitante**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

*Dirección*

*Suite #*

*Ciudad*

*Estado*

*Código postal*

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información sobre el caso en la corte testamentaria**

¿Se ha incoado un caso en la corte testamentaria? Si sí, marque la casilla y complete el resto de esta sección.

Condado en el que se  
presentó el caso: \_\_\_\_\_

Fecha en que se  
presentó el caso: \_\_\_\_\_

Número de caso de la corte: \_\_\_\_\_

**Solicitar que TennCare retire o retrase la recuperación del reclamo**

¿Le está pidiendo a TennCare que retire o retrase la recuperación de su reclamo? Si sí, marque todas las casillas que correspondan: **Consulte las instrucciones al pie de esta página para ver los demás documentos que debe enviarnos con esta hoja.**

Al fallecido le sobrevive un hijo menor de 21 años

El fallecido tenía seguro de atención médica a largo plazo

Al fallecido le sobrevive un hijo que la Administración del Seguro Social determinó que es ciego o discapacitado total y permanentemente.

Al fallecido le sobrevive un cónyuge

Número de Seguro Social  
del cónyuge sobreviviente \_\_\_\_\_

Nombre completo del  
cónyuge sobreviviente \_\_\_\_\_

**Información sobre el fideicomiso**

¿El difunto es beneficiario de un fideicomiso con un plan de reembolso de Medicaid? Si sí, marque esta casilla

y escriba la información de contacto del fideicomisario a continuación. Proporcione una copia del fideicomiso.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

*Dirección*

*Suite #*

*Ciudad*

*Estado*

*Código postal*

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

1. Envíe por correo electrónico, correo postal o fax esta hoja completa **y el certificado de defunción del fallecido** a la Unidad de Procesamiento de RFR.
2. Si al fallecido le sobrevive un hijo menor de 21 años, envíenos también una copia del acta de nacimiento del hijo.
3. Si el fallecido tenía seguro de atención médica a largo plazo, envíenos también una copia de los documentos de la póliza con esta hoja.
4. Si al fallecido le sobrevive un hijo ciego o discapacitado, envíenos también una copia del acta de nacimiento del hijo y la carta de determinación/adjudicación de la Administración del Seguro Social.
5. Si el fallecido es el beneficiario de un fideicomiso con un plan de reembolso de Medicaid, envíenos también una copia del fideicomiso.

- ¿Necesita ayuda para hablar con nosotros o 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 866-389-8444. Lo podemos conectar con la ayuda o servicio gratuito que necesite. (Para TRS llame al: 711).

Nosotros acatamos las leyes federales y estatales de derechos civiles. No tratamos a las personas de manera diferente debido a su raza, color, 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 por teléfono. Estos son dos lugares donde puede presentar una queja:

<p><b>TennCare Office of Civil Rights Compliance</b>  310 Great Circle Road, Floor 3W  Nashville, Tennessee 37243</p> <p><b>Correo electrónico:</b>  HCFA.Fairtreatment@tn.gov</p> <p><b>Teléfono:</b> 1-855-857-1673 (TRS 711)</p> <p><b>Puede obtener un formulario de queja en línea en:</b>  <a href="http://www.tn.gov/assets/entities/tenncare/attachments/complaintform.pdf">http://www.tn.gov/assets/entities/tenncare/attachments/complaintform.pdf</a></p>	<p><b>U.S. Department of Health &amp; Human Services, Office for Civil Rights</b>  200 Independence Ave SW, Rm 509F,  HHH Bldg., Washington, DC 20201</p> <p><b>Teléfono:</b> 1-800-368-1019  <b>(TDD):</b> 1-800-537-7697</p> <p><b>Puede obtener un formulario de queja en línea en:</b>  <a href="http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html">http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html</a></p> <p><b>O bien, puede presentar una queja en línea en:</b>  <a href="https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf">https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf</a></p>
--	---

**¿Necesita ayuda con esta carta?**  
Si habla un idioma que no sea inglés, hay ayuda gratuita en su idioma. Esta página le indica cómo obtener ayuda en un idioma que no sea inglés. También le informa acerca de otros tipos de ayuda.

<b>Spanish:</b>	<b>Español</b> ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866-389-8444 (TRS:711).
<b>Kurdish:</b>	<b>کوردی</b> ئاگاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قەسە دەکەیت، خزمەتگوزاریەکانی یارمەتی زمان، بەخۆراپی، بۆ تۆ بەردەستە. پەیوەندی بە 866-389-8444 (TRS:711). بکە.
<b>Arabic:</b>	<b>رَبِيْعَة</b> وظيفة ملحد: اذا م تنكلا قلغا ربيعية لعا ات مدخ دة عالمسا وية للغا رة فومت كذا انجام. اتصل مقبر: 866-389-8444 (TRS: 711) مقرف تاه صملا و مليكا
<b>Chinese:</b>	<b>繁體中文</b> 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866-389-8444 (TRS: 711).
<b>Vietnamese:</b>	<b>Tiếng Việt</b> CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 866-389-8444 (TRS:711).
<b>Korean:</b>	<b>한국어</b> 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 866-389-8444 (TRS:711). 번으로 전화해 주십시오.
<b>French:</b>	<b>Français</b> ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 866-389-8444 (TRS:711).
<b>Amharic:</b>	<b>አማርኛ</b> ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 866-389- 8444 (ማስማት ለተሳናቸው: TRS:711) .
<b>Gujarati:</b>	<b>ગુજરાતી</b> સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 866-389-8444 (TRS:711) .
<b>Laotian:</b>	<b>ລາວ</b> ໄປດວາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໃດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 866-389-8444 (TRS:711).
<b>German:</b>	<b>Deutsch</b> ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 866-389- 8444 (TRS:711).
<b>Tagalog:</b>	<b>Tagalog</b> PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 866-389-8444 (TRS:711).
<b>Hindi:</b>	<b>हिंदी</b> ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 866-389-8444 (TRS:711) . पर कॉल करें।
<b>Serbo-Croatian:</b>	<b>Srpsko-hrvatski</b> OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 866-389-8444 (TRS- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711 ) .
<b>Russian:</b>	<b>Русский</b> ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 866-389-8444 (телетайп: TRS:711 ) .
<b>Nepali:</b>	<b>नेपाली</b> ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 866-389-8444 (टि टि वाइ: TRS:711
<b>Persian:</b>	<b>فارسی</b> توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 866-389-8444 (TRS:711) تماس بگیرید.