



State of Tennessee
Department of Finance and Administration
DIVISION OF TENNCARE

RENUNCIA POR SUFRIMIENTO INDEBIDO

(Autoridad jurídica: 42 U.S.C. 1396p; 42 U.S.C. 1396r-5)

Un solicitante o miembro a quien se le hayan negado servicios y apoyos de largo plazo puede solicitar una exención sobre la base de sufrimiento indebido. Sufrimiento indebido significa que si la persona es privada (no tiene) esos servicios, su salud o su vida correría riesgo extremo y/o pasaría hambre o carecería de vestido, vivienda, u otras necesidades de la vida.

Nombre del solicitante/miembro: _____ Parte responsable: _____
Dirección: _____ Estado: _____
Ciudad: _____ Nombre del lugar: _____
Teléfono: _____ Condado: _____

Para el solicitante/miembro nombrado anteriormente, la negación de servicios y apoyos a largo plazo daría lugar a la privación de:

- atención médica, por cuanto la vida o salud del solicitante/miembro correría peligro; o
- alimentación, vestido, vivienda u otras necesidades de la vida.

El solicitante/miembro puede solicitar exención por sufrimiento si se le han negado o se le negarán los servicios y apoyos a largo plazo por cualquiera de las razones indicadas a continuación. Por favor, díganos por qué usted reclama sufrimiento:

- el patrimonio de su casa supera \$585,000.00
- un período de sanción ocasionado por una transferencia de activos
- la falta de cooperación del cónyuge separado en el proceso de evaluación de los recursos

Usted debe decirnos la razón de la privación y enviarnos un comprobante. El comprobante debe demostrar cómo se satisface la condición de privación. En la página siguiente hay una lista de los comprobantes que puede utilizar.

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

Hay dos maneras de hacernos llegar esta hoja y sus comprobantes: POR FAX: 1-855-315-0669
POR CORREO: TennCare Connect
P.O. Box 305240
Nashville, TN 37230-5240

Firma de la persona que presenta el reclamo: _____ Fecha: _____

(Information below is to be completed by TennCare Staff)

Date Undue Hardship Waiver Filed: _____	Case Number: _____
Name of Person Filing Undue Hardship Waiver: _____	
Relationship to Patient (check one): Self Responsible Party Nursing Home Representative	
Deprived of (check all that apply): Medical Care Food & Clothing Shelter Other (explain)	



State of Tennessee
Department of Finance and Administration
DIVISION OF TENNCARE

Los solicitantes/miembros deben presentar la siguiente documentación al solicitar una decisión de sufrimiento indebido.

Para demostrar que la salud o la vida del solicitante o miembro está en peligro:

1. Una declaración firmada por el centro de convalecencia que demuestre que el solicitante/miembro vive actualmente en el centro. La declaración también debe demostrar que el solicitante/miembro no tiene los medios para pagar los servicios. Este tipo de declaración se requiere únicamente si el solicitante/miembro está solicitando servicios de centro de convalecencia;

y

2. Una declaración firmada por un médico autorizado para ejercer o una enfermera practicante con licencia para ejercer que indique que ella es el profesional de atención primaria del solicitante/miembro. La declaración también debe indicar que el límite de exceso de capital de la casa, un período de sanción o la falta de cooperación del cónyuge privaría al solicitante/miembro de la atención médica, por cuanto la salud o la vida del individuo correría peligro.

Para comprobar que el solicitante o miembro estaría privado de las necesidades básicas:

1. Una declaración firmada por el solicitante/miembro o su representante autorizado documentando que un período de sanción privaría al individuo de alimentación, vestido, vivienda, calefacción, agua caliente, electricidad, servicio de gas, combustible para cocinar, o transporte a las citas médicas;

y

2. Los solicitantes/miembros que aleguen estar privados de calefacción, agua caliente, electricidad, servicio de gas, combustible para cocinar, o transporte a las citas médicas también deben presentar comprobantes de que el límite de exceso de capital de la casa, un período de sanción o la falta de cooperación del cónyuge privaría al solicitante/miembro daría como resultado:
 - a. el corte de los servicios básicos; o
 - b. que el solicitante/afiliado no tendría cómo ir a los servicios cubiertos por Medicaid a través de proveedores inscritos en Medicaid debido a la falta de transporte.