

Solicitud de *Medicaid y Medicare Savings* de Georgia para los beneficiarios calificados

(**QMB** - pago de primas, coseguros, y deducibles;

SLMB - pago de la prima de Parte B; **y QI-1** - pago de la prima de Parte B)

INSTRUCCIONES:

1. Lea la solicitud con atención y responda cada pregunta de manera apropiada. Adjunte hojas adicionales si es necesario.
2. **Firme y envíe la solicitud por correo a:**
DFCS del condado
(Envíe por correo o _____
entregue la solicitud a la _____
oficina del DFCS en su _____
condado de residencia) **ATTN:** _____
3. Es posible que sea necesaria una entrevista por teléfono para estos programas. Asegúrese de ingresar el número de teléfono a continuación.
4. Un especialista de Medicaid del DFCS revisará esta solicitud. Si parece que puede ser elegible para recibir la cobertura completa de Medicaid, el especialista de Medicaid se comunicará con usted para obtener más información y verificaciones.
5. **Si necesita ayuda para leer o completar este documento o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si es una persona sorda, con problemas de audición, sorda-ciega o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número que figura anteriormente al marcar 711 (Retransmisión de Georgia).**

INFORMACIÓN PERSONAL: Alguien puede ayudarle a completar esta solicitud.

Nombre de el/la solicitante (Apellido, nombre, segundo nombre)	Si desea nombrar a una persona para que actúe en su nombre, complete la siguiente información: Nombre de el/la representante (Apellido, nombre, segundo nombre)
Dirección de correo postal	
Calle	Dirección de correo postal
Ciudad Estado Código postal Es propietario/está comprando una vivienda? <input type="checkbox"/> S N <input type="checkbox"/>	Ciudad Estado Código postal
Teléfono Condado Dirección de correo electrónico	No. de teléfono Dirección de correo electrónico
Institución de cuidados (si corresponde)	Relación con la persona
Comunicación por correo electrónico: Sí _____ o No _____ (opcional)* Mensajes de texto: Sí_ o No____(opcional)*	Comunicación por correo electrónico: Sí _____ o No _____ (opcional)* Mensajes de texto: Sí_ o No____(opcional)*
¿Cuál es su idioma de preferencia? Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un/a intérprete? Sí____o No	¿Cuál es su idioma de preferencia? Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un/a intérprete? Sí____o No

* Tiene la opción de elegir cómo le gustaría recibir notificaciones sobre su información. Si elige recibir notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto, recibirá un mensaje que le notificará que tiene un aviso en Mis Avisos ubicado en el Portal del Cliente de GA Gateway.

Para la comunicación por correo electrónico, debe proporcionarnos su dirección de correo electrónico y aceptar los términos y condiciones de los avisos electrónicos que se encuentran en el Portal del Cliente de GA Gateway después de crear una cuenta. Visite el sitio web del Portal del Cliente de GA Gateway en www.gateway.ga.gov para actualizar la configuración de las notificaciones.

Para la comunicación por mensaje de texto, debe proporcionarnos su número de

teléfono. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Esto puede variar según la compañía, consulte con su proveedor.

COMPLETE ESTA INFORMACIÓN PARA USTED Y SU CÓNYUGE.

Nombre (propio): Nombre de soltera/otro(s) nombre(s):	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Ciudadano / a de EE.UU. (Sí o No)	Número de Seguro Social	Estado civil
Nombre (cónyuge): Nombre de soltera/otro(s) nombre(s):						

¿Está realizando una solicitud también para su cónyuge? **Sí** **No**

¿Es usted una persona ciega o discapacitada? **Sí** **No** - ¿Su cónyuge es una

persona ciega o discapacitada? **Sí** **No**

Para el/la solicitante:

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación (si corresponde): ¿Tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí _____ No ____ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita): Intérprete de la lengua de señas____; TTY _____; Letra grande _____; Comunicación electrónica (correo electrónico) _____; Braille _; Retransmisión en video ____; Intérprete de habla con clave_____; Intérprete oral ; Intérprete táctil _____

_____ ; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas
límite del programa __; Firma telefónica (si corresponde) _____
_____ ; Entrevista presencial (visita al hogar) __
_____ ; Otra:

¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez _____o permanentemente ___? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.

Para los/as representantes autorizados/as:

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación para los/as representantes autorizados/as (si corresponde):

¿El/la representante autorizado/a tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí _____No ___(Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):

Intérprete de la lengua de señas _____; TTY _____; Letra grande ___; Comunicación electrónica (correo electrónico) _____; Braille _; Retransmisión en video _____; Intérprete de habla con clave _____; Intérprete oral _____; Intérprete táctil ; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa ___; Firma telefónica (si corresponde) ; Entrevista presencial (visita al hogar) _____; Otra: _____

¿El/la representante autorizado/a necesitará esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez ___o permanentemente_? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación

o asistencia.

TIPO DE ALOJAMIENTO: Marque la(s) casilla(s) que mejor describa(n) su situación actual.

Vive en vivienda propia	Institución de cuidados	Vivienda de otra persona	Hospicio	Hospital	Katie Beckett	Cuidados comunitarios	Vivienda asistida	Otro/ Alquiler
	Fecha de admisión:			Fecha de admisión:		Fecha de admisión:		

SEGURO MÉDICO:

<p>¿Tiene Medicare?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Está inscrito/a en un programa Medicare HMO o de medicamentos de Medicare?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Tipo de cobertura</p> <p><input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B (hospital) (médico)</p> <p><input type="checkbox"/> Parte C <input type="checkbox"/> Parte D (Beneficio) (RX)</p>	<p>Fecha de entrada en vigor:</p> <p>_____</p> <p>Número de Medicare:</p> <p>_____</p>	<p>¿Ha recibido la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) alguna vez?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿cuándo finalizó?</p>
<p>¿Su cónyuge tiene Medicare?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Tipo de cobertura</p> <p><input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B</p> <p><input type="checkbox"/> Parte C <input type="checkbox"/> Parte D</p>	<p>Fecha de entrada en vigor:</p> <p>_____</p> <p>Número de Medicare:</p> <p>_____</p>	<p>¿Su cónyuge ha recibido alguna vez la SSI?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿cuándo finalizó?</p>

¿Tiene otro seguro médico? **Sí** **No**

¿Su cónyuge tiene otro seguro médico? **Sí** **No**

Si respondió afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, complete la siguiente información:

	Nombre, dirección y número de teléfono de la	Tipo de cobertura (hospitalaria, complemento	Fecha de entrada en vigor	Número de póliza
	compañía de seguro médico	de Medicare, medicamentos, médica importante)		
Usted				
Cónyuge				

Adjunte copias (del anverso y reverso) de las tarjetas de Medicare y del seguro, si corresponde.

BIENES INMUEBLES: ¿Es propietario/a total o parcial de algún inmueble en el que no vive?

Sí **No** Si la respuesta es sí, complete lo siguiente para cada bien inmueble. **No incluya la vivienda o casa rodante en la que vive.**

Dirección	Valor	Monto adeudado
		o

¿Usted o su cónyuge son dueños de un automóvil, camión, bote, caravana, remolque utilitario, vehículo recreativo, etc.? **Sí** **No** Si la respuesta es sí, complete la siguiente información sobre cada vehículo. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Tipo	Año	Marca	Modelo	Valor	Monto adeudado

RECURSOS: Marque todos los recursos (bienes) de su propiedad, de

su cónyuge o de propiedad conjunta con otra persona. Incluya cualquier cuenta o propiedad en la que aparezca su(s) nombre(s). Adjunte hojas adicionales si es necesario.

¿Usted o su cónyuge tienen alguno de los siguientes recursos?			
Cuenta corriente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Planes funerarios/ artículo funerario prepago	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Terrenos o contratos funerarios	<input type="checkbox"/> Sí
Bonos del gobierno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Acciones y bonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Fondos fiduciarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros (IRA, CD, letra de cambio, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted o su cónyuge han cedido bienes por menos de su valor?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>

Si respondió afirmativamente a alguna de estas preguntas, descríbalas a continuación. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Tipo de recurso	Número de cuenta/póliza	Valor	Nombre del banco, compañía de seguros, etc.

¿Usted o su cónyuge tienen una póliza de seguro de vida?

Sí **No**

Si la respuesta es sí, complete la siguiente información. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Propietario/a de la póliza	Compañía de seguros	Número de póliza	Valor nominal	Valor monetario

INGRESOS Y GANANCIAS: Indique todos los tipos de ingresos y ganancias que reciben usted y su cónyuge. Indique el monto de los ingresos antes de

realizar las deducciones (como impuestos, seguros o primas de Medicare). Adjunte hojas adicionales si es necesario. Los ingresos incluyen, entre otros: Seguro Social SSI

Salarios/ Trabajo por cuenta propia
 Beneficios de jubilación para trabajadores ferroviarios Beneficios para veteranos Pagos de pensiones de fideicomisos o anualidades Beneficios de jubilación/pensión Ingresos por alquiler pagados a usted Regalías Petroleras/ Derechos Minerales

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Tipo de ingreso	Fuente del ingreso o nombre del empleador	Monto	¿Con qué frecuencia lo recibe? (semanal, mensual, etc.)	Número de reclamo (si corresponde)

¿Es usted un veterano? **Sí** **No** ¿Su cónyuge es un veterano? **Sí** **No**

¿Dónde trabajaron usted y su cónyuge anteriormente?

¿Usted o su cónyuge tienen facturas médicas pendientes de pago? **Sí**
 No

POLÍTICA DE PRIVACIDAD:

Las leyes y reglamentos federales y estatales limitan el uso y la divulgación de información confidencial sobre los solicitantes y los destinatarios de todos los programas de la agencia para los propósitos

directamente relacionados con la administración de estos programas.

CESIÓN DE DERECHOS DE PAGO POR ASISTENCIA MÉDICA Y OTRAS ATENCIONES MÉDICAS:

(Si presenta la solicitud en nombre de otra persona y no tiene el poder de ejecutar una cesión para esa persona, la persona deberá ejecutar una cesión de los derechos que se describen a continuación, como condición de su elegibilidad para los beneficios cubiertos por esta aplicación.)

Como condición de mi elegibilidad, acepto ceder al Estado todos los derechos a la atención médica y al pago de la asistencia médica por parte de cualquier tercero (beneficios hospitalarios y médicos). Acepto cooperar con el estado para identificar y proporcionar información para ayudar al estado en la búsqueda de cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar la atención y los servicios. Entiendo que debo informar cualquier pago recibido por atención médica dentro de los diez días.

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO Y DE ACUERDO DE EL/LA SOLICITANTE:

Entiendo que, al firmar esta solicitud, acepto que se realice una investigación o revisión completa de mi elegibilidad por parte de funcionarios estatales o federales. Esto puede incluir consultas con empleadores, proveedores médicos, instituciones financieras y otras personas comerciales y profesionales, y la revisión de los registros de cualquier agencia. También acepto que mi solicitud autoriza a estos

organismos a divulgar a esta agencia la información necesaria para determinar mi elegibilidad. Acepto proporcionar los documentos necesarios para establecer la elegibilidad. Si los documentos no están disponibles, acepto

dar el nombre de la persona u organización de la cual esta agencia puede obtener la prueba necesaria.

Entiendo que cada persona que recibe asistencia debe proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social. Autorizo el uso de mi (nuestro) Número de Seguro Social para propósitos tales como identificación, revisiones o auditorías de programas, y comparación por computadora con otras agencias e instituciones como bancos, asociaciones de ahorro y préstamo y otras agencias gubernamentales, incluido el Servicio de Impuestos Internos, para verificar la elegibilidad para recibir la asistencia.

Entiendo que mi solicitud será considerada sin distinción de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión u origen nacional. Entiendo que puedo solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con una decisión de la agencia respecto a mi caso y que puedo ser representado por cualquier persona que elija.

Entiendo que los miembros de Medicaid que en el momento de su fallecimiento eran pacientes hospitalizados en una institución de cuidados, un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales u otra institución médica y cuya atención médica fue pagada por Medicaid, estarán sujetos al Programa de Recuperación del Patrimonio de Medicaid.

Entiendo que los miembros de Medicaid que en el momento de su fallecimiento tenían 55 años de edad o más están sujetos al Programa de Recuperación del

Patrimonio de Medicaid, pero solo para los servicios médicos que consisten en servicios por parte de instituciones de cuidados, servicios de cuidado personal, servicios en el hogar y en la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos recetados que se brindan a los miembros en las instituciones de cuidados o que reciben servicios en el hogar y en la comunidad cuando recibieron servicios en el hogar y en la comunidad, o están inscritos y reciben servicios a través de un programa de exención. Acuso recibo de una notificación por escrito de que los pagos de asistencia médica realizados en mi nombre pueden recuperarse de mi patrimonio después de mi fallecimiento.

Certifico que yo (o si presento la solicitud para mi cónyuge, mi cónyuge y yo) soy ciudadano, nacional o extranjero de los EE.UU. con estatus de extranjero calificado. Si esta solicitud se presenta en nombre de otra persona u otras personas, los solicitantes reales deberán realizar esta certificación.

EL(LOS) SOLICITANTE(S) O EL/LA REPRESENTANTE DEBE LEER Y FIRMAR:

Las leyes estatales y federales establecen multas, prisión o ambas para cualquier persona que oculte o proporcione información falsa para obtener una asistencia a la que no tiene derecho. Entiendo las preguntas de esta solicitud y certifico, bajo pena de perjurio, que la

información proporcionada por mí en este formulario es correcta y completa a mi leal saber y entender. Acepto notificar a esta agencia sobre cambios en mis ingresos, recursos, o tipos de alojamiento, que podrían afectar mi derecho a recibir asistencia.

Firma de el/la solicitante o representante:	Fecha:
Firma de el/la cónyuge de el/la solicitante o representante:	Fecha:
Escriba el nombre de el/la solicitante o representante:	Relación con el/la solicitante:
Escriba el nombre de el/la cónyuge de el/la solicitante o representante:	Relación con el/la cónyuge de el/la solicitante:

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE

Si no está registrado/a para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría realizar una solicitud para registrarse para votar aquí en la actualidad?

_____ Sí

_____ No

_____ No deseo responder la pregunta sobre el registro de votantes

Realizar una solicitud para registrarse o no registrarse para votar no

afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea obtener ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el Secretario de Estado en 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o al llamar al (404) 656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de DFCS, las renovaciones y los formularios de cambio de dirección. También puede solicitar una solicitud de registro de votantes a su administrador/a del caso. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.

Para denunciar sospechas de fraude de Medicaid en beneficiarios o proveedores, llame al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, Oficina del Inspector General al (404) 463-7590 (local) o al (800) 533-0686 (línea gratuita); por correo electrónico al oiganonymous@dch.ga.gov; por correo al Departamento de Salud Comunitaria, Sección OIG PI, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; o ingrese a <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

Aviso de derechos de la ADA/Sección 504

Ayuda para personas con discapacidades

La ley federal* exige que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia (“los Departamentos”) brinden a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación basada en la

discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidad asistencia en la comunicación, como intérpretes de lenguaje de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que pudiera resultar en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, programa o actividad, o en cargas financieras y administrativas excesivas.

Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia para la comunicación

Comuníquese con su asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia para la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicios para una comunicación eficaz, como un intérprete de lenguaje de señas. Puede comunicarse con su administrador/a del caso o llamar al DFCS al (404) 657- 3433 o al DCH al (678) 248-7449 para realizar su solicitud. También puede realizar su solicitud mediante el uso del formulario de solicitud de modificación razonable de DFCS ADA, el cual está disponible en su oficina del DFCS local o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o puede obtener el formulario de solicitud de modificación razonable de

DCH ADA en la oficina del equipo de DCH Katie Becket (KB) o en línea en

<https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no es necesario que utilice un formulario.

Cómo presentar un reclamo

Tiene derecho a presentar un reclamo si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable un intérprete de lenguaje de señas que ha sido denegado o no se ha actuado dentro de un tiempo razonable. Puede realizar un reclamo oralmente o por escrito al comunicarse con su administrador/a del caso, su oficina del DFCS local, o el Coordinador de Derechos Civiles de DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, Ste. 19-454, Atlanta, GA 30303, (404) 657-3735. Para el DCH, comuníquese con el Coordinador del equipo KB TEAM ADA/Sección 504 en 2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, o en PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449.

Puede solicitar a su administrador/a del caso una copia del formulario de reclamo de Derechos Civiles del DFCS, ADA/Sección 504. El formulario de reclamo también está disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con problemas de audición o

que puedan tener discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador se comuniquen con nosotros.

También puede presentar un reclamo por discriminación ante la agencia federal correspondiente. La información de contacto del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) de EE.UU. se encuentra dentro de la “Declaración de no discriminación” incluida en este documento.

** La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades estén exentas de discriminación ilegal.*

Conforme a la política del **Departamento de Servicios Humanos (DHS)**, también puede presentar otros reclamos por discriminación comunicándose con la oficina de DFCS local, o los Derechos Civiles de DFCS, Coordinador de ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street N.W., Ste. 19-454, Atlanta, GA 30303, (404) 657-3735. En caso de reclamos que aleguen discriminación sobre la base de un dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa de dominio limitado del inglés y discapacidades sensorial del DHS en 2 Peachtree Street NW, Ste. 29-103, Atlanta, GA 30303, or call (404) 657-5244.

Conforme a la política del **Departamento de Salud Comunitaria (DCH, en inglés)**, los programas de Asistencia Médica no pueden

negarle la elegibilidad los beneficios en función de su raza, edad, sexo, , discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas.

Declaración de no discriminación

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo o religión.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (Estatil o local) donde solicitaron los beneficios.

Además, la información del programa estará disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar un reclamo por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y de Servicios Humanos (HHS, en inglés) de EE. UU., escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights (Director de HHS, Oficina de Derechos Civiles), Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (800) 368-1019 (llamada de voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.

Cualquier persona o representante de un/a solicitante o participante de Katie Beckett puede presentar un reclamo verbal o escrito que alegue discriminación ilegal comunicándose con el Coordinador de

Derechos Civiles de DCH, Oficina de Políticas, Cumplimiento y Operaciones, División de Planes de Asistencia

Médica, DCH al 404-967- 0401 (local), o por correo electrónico a DCH.CivilRights@dch.ga.gov, o por correo postal de EE.UU. a:

Departamento de Salud Comunitaria de Georgia
Coordinador de Derechos Civiles de DCH
Oficina de Políticas, Cumplimiento y Operaciones
División de Planes de Asistencia Médica
2 Peachtree Street,
NW 37th Floor
Atlanta, GA 3030