

**PAGINA DE CONSENTIMIENTO DE LA APLICACION INICIAL PARA  
EL PROGRAMA KATIE BECKETT - MEDICAID DE WISCONSIN  
APPLICATION FOR KATIE BECKETT PROGRAM WISCONSIN MEDICAID**

**31. INFORMACION DE CIUDADANIA Y ESTATUS MIGRATORIO**

Entiendo que como condición de elegibilidad para *Medicaid* de Wisconsin (MA) por cada niño menor de edad bajo mi cuidado debo declarar de forma escrita y bajo pena de perjurio, que mi hijo/a es Ciudadano, o Natural de los Estados Unidos de Norteamérica o un Extranjero con residencia permanente que permita a cada niño/a recibir beneficios de este programa. Entiendo que la ley *Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996* (PRWORA) (Ley de Reconciliación Federal de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral de 1996) requiere asimismo que un extranjero calificado que entre a EUA ya sea en la fecha o después de la promulgación de esta ley (Agosto 22 de 1996) debe estar presente de forma continua en los EUA **al menos por cinco (5) años** a partir de la fecha en que adquirió estatus legal como extranjero antes de recibir cualquier forma de Asistencia Médica que no sea de emergencia, incluyendo *Medicaid*. La limitación mencionada no aplica a los siguientes grupos de extranjeros: 1) refugiados y asilados de Cuba, Haití y Americanos Asiáticos; 2) dependientes de veteranos y personal en servicio militar; 3) Americanos Nativos nacidos en el extranjero (*Public Law 104-93, Section 403*).

También comprendo que si declaro que un niño/a es extranjero, debo presentar un documento para registro de extranjeros u otra prueba de registro de extranjeros emitida por el Servicio de Inmigración y Naturalización que contenga un número(s) de admisión para extranjeros o un número(s) de archivo de registro para extranjeros. Si no tengo dichos documentos, con la autorización de la agencia puedo presentar otros documentos que contengan evidencia razonable de estatus migratorio satisfactorio. Entiendo que la agencia puede sacar copias de los documentos que presente para documentar el estatus migratorio de cada niño/a y que cualquier información que presente a la agencia concerniente al estatus migratorio de cada niño/a puede ser usada por la agencia para verificar el estatus migratorio de cada niño/a con el Servicio de Inmigración y Naturalización.

32. Entiendo que la información de identificación personal contenida en este formulario se usará para ayudar a determinar la elegibilidad para *Medicaid* de Wisconsin a través del programa Katie Beckett. Además, esta información es usada para completar el *Children's Long-Term Support Functional Screen* (CLTS-FS) (Reviso de capacidad funcional del apoyo a largo plazo para niños) como parte del proceso de determinar la elegibilidad funcional de un niño/a. Si no estoy de acuerdo con la decisión que tome la agencia en cuanto a la elegibilidad de un niño/a para el programa, puedo pedir una Audiencia Imparcial a la *Division of Hearings and Appeals, 5005 University Avenue, Suite 201, Madison, WI 53705-5400*.

Se me ha informado acerca de los programas que usan el CLTS-FS para determinar la elegibilidad funcional y comprendo que los resultados de este proceso pueden afectar la elegibilidad para esos programas.

Yo certifico, bajo pena de perjurio, que la información en esta aplicación y la que proporcione en conexión con la misma, constituye una declaración verdadera y completa de los hechos hasta donde yo sé y creo. También entiendo que se me puede pedir que provea prueba de cualquier información dada en esta aplicación y que el dar información falsa me puede someter a proceso de fraude. Entiendo que si esta información cambia de manera sustancial, debo de notificar al programa *Katie Beckett*.

La aplicación para el programa *Katie Beckett-Wisconsin Medicaid* es voluntaria, pero si yo no firmo la aplicación esto impedirá el proceso para determinar la elegibilidad.

33.

Marque aquí si el niño/a no puede firmar

\_\_\_\_\_  
FIRMA – Niño/a (si tiene más de 14 años de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
FIRMA – Padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el niño/a

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
FIRMA – Consultor/a de Katie Beckett

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma