CABINET FOR HEALTH AND FAMILY SERVICES
DEPARTMENT FOR MEDICAID SERVICES

Steven L. Beshear
Governor

275 E Main St, 6W-A
Frankfort, KY 40621
www.chfs.ky.gov

Audrey Tayse Haynes
Secretary

Lisa D. Lee
Commissioner

July 9, 2015

TO: DSH (01) Hospital Provider Letter #A-257
Mental (02) Hospital Provider Letter #A-102

RE: DSH Poverty Guidelines 2015

Dear Provider:

Thank you for participating as a provider in the Medical Assistance Program. The enclosed application for the Disproportionate Share Hospital (DSH-001) is to be used by DSH hospitals to screen for Medicaid and KCHIP eligibility and to determine eligibility for funding under the DSH program. This updated application includes the federal poverty guidelines that went into effect on April 01, 2015. Completed applications are to be retained by the hospitals with the patient records. Also discussed in this letter is information about individuals eligibility about the DSH Program and DSH Billing Information.

Individual Eligibility for the DSH Program

First, an individual is to be screened for Medicaid or KCHIP eligibility prior to making a determination of eligibility for DSH funding. If an individual meets the criteria to be referred for Medicaid or KCHIP, you **may not submit** their data for DSH funding.

All referrals for Medicaid or KCHIP can be made by:

- visiting Kynect's website at https://kynect.ky.gov/ or by contacting them at 855-459-6328
- visiting the local Department for Community Based Services (DCBS) office in the individual's county of residence or by contacting them at 855-306-8959

Second, only after an individual has applied and been denied Medicaid or KCHIP eligibility, **you may make** a determination of eligibility for DSH funds. Use the enclosed application to determine eligibility for DSH funds without referring to Kynect or DCBS

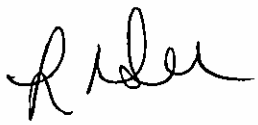
DSH Billing Information

For **inpatient services**, the number of indigent inpatient days and the associated charges need to be submitted to the Department for Medicaid Services (DMS). For **outpatient services**, the number of visits and the associated charges for indigent care need be submitted to DMS. From this data, DMS will calculate your proportionate share of available DSH funds.

If you have additional questions regarding this communication, you may contact one of the numbers listed below:

- DSH eligibility, contact the Division of Policy and Operations at 502-564-6890
- DSH Billing, contact the Division of Fiscal Management at 502-564-8196
- Claims Submission, contact HP Provider Services at 1-800-807-1232

Sincerely,



Lisa D. Lee
Commissioner
Department for Medicaid Services

Application for Disproportionate Share Hospital Program (DSH) and Medicaid/KCHIP Screening Form

The following information is used to determine if an individual who requests or has already received hospital services is eligible for Disproportionate Share Hospital services or should be referred instead to the Department for Community Based Services (DCBS) to apply for Medicaid or KCHIP. Refer all children aged 19 and under to the DCBS office in the county of the individual's residence for a KCHIP eligibility determination.

Section 1: Individual Information

1. Today's Date: _____
2. Patient's Name: _____
3. Street Address: _____
4. City: _____
   State: _____ Zip Code: _____
5. *Social Security Number: _____
6. Date of Birth: _____ 7. Patient's Sex: _____
8. Home Phone: _____
9. Work Phone: _____
10. Dates Hospital Provided Service: _____
11. Married/Single: _____
12. Name of Spouse: _____
13. Is the patient pregnant? ☐Yes ☐No
    If YES, refer the patient to DCBS for Medicaid eligibility determination
14. Is the patient a resident of Kentucky? ☐ Yes ☐No
    ("Resident" is defined as a person living in Kentucky and who is not receiving public assistance in another state.)

** Please note that a Social Security Number is **not** required, and does not need to be provided. This information is only used to determine if the patient is currently receiving Medicaid. This information will not be shared, and will not be used for any other purpose.*

If the answer to question 14 is yes, go to question 15. If the answer to question 14 is no, advise the patient that he/she does not meet criteria for eligibility for DSH and complete Section V.

15. List the name, relationship, and age of each person living in the household.

Household Member's Name	Relationship	Age

16. Does the individual have dependent children living in the home? ☐Yes ☐No
    (a) If the answer to question 16 is **YES, refer the individual to DCBS for Medicaid;**
    (b) If the answer to question 16 is **NO**, refer the individual to DCBS for Medicaid **ONLY IF** the individual has **NOT** received a denial from Medicaid within 30 days; or,
    (c) If the individual, who has no children less than 18 years of age, claims to be disabled, refer the individual both to DCBS to apply for Medicaid and to the Social Security Administration to apply for SSI
    **** See Criteria for Medicaid and KCHIP Eligibility on Page 4.***

17. **Income information**
    a. Patient/Responsible Party Employer: _____
    b. Spouse Employer: _____
    c. Work Phone: _____
    d. Total Gross Monthly Income: _____
    e. Other Income:
       i. Unemployment: _____
       ii. Child Support: _____
       iii. Social Security: _____
       iv. Workers Comp: _____
       v. Other: _____

    Total Family Unit Gross Monthly Income: $ _____

18. **Insurance Information:**
    a. Health/Life Insurance: _____
    b. Phone Number: _____
    c. Policy Number _____
    d. Group Number: _____
    e. Policy Holder: _____
    f. Relation to Patient: _____

19. **Countable Resources:**

	Bank Name	Balance Value
a. Checking:		
b. Savings		
c. Money Market		
d, Mutual Fund		
e. Stocks		
f, Bonds		
g. Other		
* Total Health Bills Owed:		
*Total Resources:		

**Countable Resources shall be reduced by unpaid medical expenses of the family unit to establish eligibility.*

20. Other Information: a. Was date of service related to an auto accident? ☐Yes ☐No
b. Have you applied for and been denied Medicaid or KCHIP Benefits? ☐Yes ☐No

Section 2: Hospital Indigent Care Criteria

1. An individual must meet all of the following conditions:
   a. The individual is a resident of Kentucky
   b. The individual is **not eligible** for Medicaid or KCHIP
   c. The individual is **not** covered by a 3rd party payor
   d. The individual is **not** in the custody of a unit of government which is responsible for coverage of the acute care needs of the individual.
   e. The individual meets the following income and resource criteria:

Household Size	Resource Limit	100% of the Poverty Level (Monthly Income Limit)*	(Annual Income Limit)*
1	$2,000.00	$980.83	$11,770.00
2	$4,000.00	$1,327.50	$15,930.00
3	$4,050.00	$1,674.17	$20,090.00
4	$4,100.00	$2,020.83	$24,250.00
5	$4,150.00	$2,367.50	$28,410.00

Add an additional $4,020.00 for each person. **Income limits are effective April 1, 2015.*

2. All income of a family unit is to be counted and a family unit includes:
   a. The individual;
   b. The Individual spouse who lives in the home;
   c. A parent or parents, of a minor child, who lives in the home;
   d. All minor children who live in the home.
3. Related and nonrelated household member(s) who do not fall into one of the groups listed above shall be considered a separate family unit.
4. Countable resources are limited to cash, checking and savings accounts, stocks, bonds, certificates of deposit, and money market accounts.
5. Countable resources may be reduced by unpaid medical expenses of the family unit to determine eligibility.

Section 3: Certifying Accuracy of Information

I hereby agree to furnish the Hospital all necessary information to allow them to determine my need to receive financial assistance for health care services received. I agree that the Hospital will be provided with or may obtain all documents necessary to verify my current income, employment status, and resources, and that failure to supply requested information within sixty (60) working days is grounds for denial of my application for assistance. I also agree to notify the Hospital immediately of any change of address, telephone number, employment status, or income.

I agree to allow the Hospital representative to determine eligibility and pursue state and federal assistance with Medicaid, KCHIP and DSH.

I certify that the information provided on this application is correct to the best of my knowledge and belief. I understand that if I give false information or withhold information in accepting assistance, I may be subject to prosecution for fraud. I understand that I have a right to request a fair hearing if I am dissatisfied with any action taken on my application. I understand that I must contact the hospital to make a hearing request.

_____ Individual or Responsible Party's Signature _____ Date

_____ Hospital Employee Signature _____ Date

Does the individual appear to qualify for Medicaid? ☐Yes ☐ No

If yes, then refer the individual to the DCBS office in the county of the individual's residence. The individual should take a copy of this form with him/her to the DCBS office.

Section 4: Refusal to Apply for Medicaid

The individual or his responsible party shall sign below if he refuses to apply for Medicaid.

I refuse to apply for Medicaid or KCHIP coverage. I understand that this refusal may result in me being billed for any services performed.

_____ _____

Individual or Responsible Party's Signature Date

Section 5: Indigent Care Denial

The individual does not meet the criteria for indigent care for the following reason (please check what applies):

1. ☐ The individual is not a resident of Kentucky
2. ☐ The individual has been referred to apply for Medicaid or KCHIP but has refused to apply.
3. ☐ The individual already receives or has been approved for Medicaid or KCHIP.
4. ☐ The individual has been referred to apply for Medicaid or KCHIP but has not shown at the end of 30 days that the application was filed
5. ☐ The individual has been referred to an applied for Medicaid or KCHIP within 30 days but has not shown at the end of 120 days that the application has been denied or the application is pending.
6. ☐ The individual did not provide within 60 days information needed to verify income, resources or employment status.
7. ☐ The individual is covered by the following third party payor: _____
8. ☐ The individual is in the custody of the following unit of government which is responsible for the coverage of the acute care needs of the individual: _____
9. ☐ The household income of $ _____ is too high
10. ☐ The household resources of $ _____ are too high, even when reduced by unpaid medical bills.

*The individual believes that he/she is eligible for indigent care for the following reason:

_____

Section 6: Hearing Request

The individual may request a fair hearing within 90 days of this determination either by:

1. Signing and dating the hearing request below and returning a copy of this application to the hospital, or
2. Sending a letter to the hospital requesting a hearing.

Hearing requests must be post marked or hand-delivered within 90 days of the date below to:

Name or Department: _____

Hospital: _____

Address: _____

I request a hearing on this denial. I believe I am eligible for indigent care.

_____ _____

Patients Signature Date

The hospital shall conduct a fair hearing within 30 days of receiving the individual's hearing request.

This determination was made by:

_____ _____

Hospital Employee Signature Date

_____ _____

Witness Date

Please see Page 4 for information regarding application stipulations.

RETAIN A COPY OF THIS APPLICATION IN THE PATIENT'S RECORDS.
THIS DETERMINATION IS VALID FOR A PERIOD OF SIX MONTHS UNLESS THE INDIVIDUAL'S FINANCIAL SITUATION CHANGES.

Medicaid and KCHIP Eligibility

If the patient or household appear to be eligible for Medicaid or KCHIP:

- check the potential category of eligibility as listed below in this question
- complete the rest of this application and give a copy to the patient
- explain to the patient the requirement to apply for Medicaid or KCHIP within 30 days and report back within 120 days on whether the application:
  - has been approved or
  - has been denied or
  - is still pending

Refer to DCBS to apply for KCHIP or Medicaid if the patient is (check one):

- a child under 19
- an adult with related children living in the home
- pregnant
- 65 years old or older
- permanently disabled or blind or claims to be.

Do not refer a patient to DCBS to apply for Medicaid or KCHIP if the individual:

- received a denial of Medicaid or KCHIP within 30 days
- is an adult under 65 without related children in the home (unless the adult may meet the permanent and total disability criteria for Medicaid)

If an individual claims to be permanently and totally disabled, refer the individual both to DCBS to apply for Medicaid and to the Social Security Administration to apply for SSI.

If a patient demonstrates that s/he has applied for Medicaid or SSI but the application is still pending after the end of 120 days, approve this application.

Application Stipulations

Hand or mail a copy of this application to any individual denied coverage with a cover letter stating the reason for denial and that the individual has 90 days to appeal.

If the individual has been referred to apply for Medicaid or KCHIP, attempt to contact after 30 days to see whether the individual has applied.

If an individual has applied for Medicaid (including SSI) or KCHIP, attempt contact at 60, 90 and 120 days to see whether the application was approved or denied.

If information needed to verify income, resources or employment is missing, attempt contact at 15, 30 and 45 days to remind the patient. Assist persons with disabilities as needed.

If a Medicaid or SSI application has been made but is still pending after 120 days, you may approve this application.

Solicitud para el Programa de Hospitales con Población Desproporcionada (DSH por sus siglas en inglés) Y Formulario de Preselección de Medicaid/KCHIP

La siguiente información es utilizada para determinar si un individuo que solicita o que ya ha recibido servicios del hospital es elegible para servicios de DSH o si debería ser remitido al Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) para solicitar el programa de Medicaid o KCHIP. Todos los niños de 19 años de edad o menores serán referidos a la oficina de DCBS del condado en que viven para una determinación de elegibilidad para KCHIP.

Sección 1: Información del individuo

1. Fecha de hoy: _____
2. Nombre del paciente: _____
3. Dirección: _____
4. Ciudad: _____
   Estado: _____ Código postal: _____
5. *Número de Seguro Social: _____
6. Fecha de nacimiento: _____ 7. Sexo del paciente: _____
8. Teléfono de casa: _____
9. Teléfono del trabajo: _____
10. Fecha del servicio hospitalario: _____-_____
11. Casado(a)/Soltero(a): _____
12. Nombre del cónyuge: _____
13. ¿La paciente está embarazada? ☐ Sí ☐ No
    ***Si responde Sí**, remitir a la paciente al DCBS para una determinación de elegibilidad para Medicaid.*
14. ¿Es el/la paciente un residente de Kentucky? ☐ Sí ☐ No
    (Se define como "residente" a un individuo que vive en Kentucky y que no recibe asistencia pública en otro estado.)

** Favor de notar que **no** se requiere un Número de Seguro Social, y usted no tiene que proporcionarlo. Esta información se utiliza solamente para determinar si el paciente está recibiendo beneficios de Medicaid. Esta información no será divulgada, y no será utilizada para ningún otro propósito.*

Si la respuesta a la pregunta 14 es sí, vaya a la pregunta 15. Si la respuesta a la pregunta 14 es no, infórmele al paciente que él/ella no cumple con los criterios de elegibilidad para DSH y llene completamente la sección V.

15. Escriba el nombre, relación y edad de cada individuo que vive en el hogar.

Nombre del miembro del hogar	Relación	Edad

16. ¿El individuo tiene niños dependientes viviendo en el hogar? ☐ Sí ☐ No
    (a) Si la respuesta a la pregunta 16 es **SÍ, remitir al individuo al DCBS para Medicaid;**
    (b) Si la respuesta a la pregunta 16 es **NO**, remitir al individuo al DCBS para Medicaid **ÚNICAMENTE SI** la persona **NO** ha recibido una denegación de Medicaid en los últimos 30 días; o,
    (c) Si el individuo, que no tiene niños menores de 18 años de edad, afirma ser discapacitado, entonces remitir a este individuo al DCBS para solicitar Medicaid y la Administración del Seguro Social para solicitar Seguridad de Ingreso Suplementario.
    **** Favor de ver la página 4 para obtener más información sobre la elegibilidad para Medicaid/KCHIP.***

17. **Información de Ingresos:**
    a. Empleador del Paciente/Parte Responsable: _____
    b. Empleador del Cónyuge: _____
    c. Teléfono del Trabajo: _____
    d. Total del Ingreso Bruto Mensual: _____
    e. Otro ingreso:
       i. Desempleo: _____
       ii. Manutención Infantil: _____
       iii. Seguro Social: _____
       iv. Compensaciones de los Trabajadores: _____
       v. Otro: _____

    Total del ingreso bruto mensual de la unidad familiar: $ _____

18. **Información de Seguro:**
    a. Seguro de Salud/Vida: _____
    b. Número de Teléfono: _____
    c. Número de Póliza: _____
    d. Número de Grupo: _____
    e. Portador de la Póliza: _____
    f. Relación con el Paciente: _____

19. **Recursos Contables:**

	Nombre del Banco	Balance/Valor
a. Cuentas de cheques:		
b. Cuentas de ahorros:		
c. Mercado de valores:		
d. Fondo común de inversión:		
e. Acciones:		
f. Bonos:		
g. Otros:		

*Total de deudas por facturas de salud: $ _____

*Total de recursos: $ _____

** Para determinar la elegibilidad, a los recursos contables se les restarán los gastos médicos de la unidad familiar que no han sido pagad*

20. Otra información: a. ¿La fecha de servicio estuvo relacionada con un accidente automovilístico☐ Sí☐ No

b. ¿Usted ha solicitado y se le han denegado los beneficios de Medicaid o KCHIP?☐ Sí☐ No

Sección 2: Criterios del Hospital con respecto al Cuidado para Indigentes

1. El individuo tiene que cumplir con todas y cada una de las siguientes condiciones:
   a. El individuo es un residente de Kentucky
   b. El individuo **no es elegible** para Medicaid o KCHIP
   c. El individuo **no** tiene cobertura de un pagador a terceros
   d. El individuo **no** está bajo la custodia de una entidad del gobierno responsable de la cobertura de sus necesidades de atención médica urgente
   e. El individuo cumple con los siguientes criterios de ingreso y recursos:

Número de personas en el Hogar		Límite de Recursos		100% del Nivel de Pobreza (Límite de Ingreso Mensual)* *		100% del Nivel de Pobreza (Límite de Ingreso Anual)*
1		$2,000.00		$980.83		$11,770.00
2		$4,000.00		$1,327.50		$15,930.00
3		$4,050.00		$1,674.17		$20,090.00
4		$4,100.00		$2,020.83		$24,250.00
5		$4,150.00		$2,367.50		$28,410.00

Sumar $3,960.00 por cada persona adicional. **Los límites de ingresos serán vigentes a partir del 1º de abril de 2015.*

2. Todos los ingresos de una unidad familiar serán contados y una unidad familiar incluye:
   a. El individuo;
   b. El cónyuge del individuo que vive en el hogar;
   c. Uno de los padres o ambos padres de un menor de edad, que vive en el hogar;
   d. Todos los menores de edad que viven en el hogar.
3. Otros miembros del hogar ya sean parientes o no, y que no pertenecen a ninguna de las categorías mencionadas anteriormente deberán ser considerados como una unidad familiar independiente.
4. Los recursos contables son limitados a dinero en efectivo, cuentas de cheque y cuentas de ahorros, acciones, bonos, certificados de depósito y cuentas de mercado de valores.
5. Para determinar la elegibilidad, a los recursos contables se les pueden restar los gastos médicos de la unidad familiar que no han sido pagados.

Sección 3: Certificación de la Fidelidad de Información

Por este medio acepto suministrarle al hospital toda la información necesaria que les permita determinar la necesidad que tengo de recibir asistencia financiera para los servicios de atención de salud recibidos. Estoy de acuerdo en que se le proporcione al hospital o que este pueda obtener todos los documentos necesarios para verificar mis ingresos actuales, mi situación laboral y recursos, y que el hecho de no entregar la información requerida dentro de un plazo de treinta (30) días hábiles es motivo de denegación de mi solicitud de ayuda. También estoy de acuerdo en notificar al Hospital inmediatamente de cualquier cambio de dirección, número de teléfono, situación laboral o ingreso.

Estoy de acuerdo en permitir que el representante del Hospital determine mi elegibilidad y que busque asistencia estatal y federal con Medicaid, KCHIP y DSH.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa o retengo información al aceptar asistencia, podría estar sujeto a juicio por fraude. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia justa si estoy insatisfecho con cualquier acción tomada acerca de mi solicitud. Entiendo que tengo que comunicarme con el hospital para solicitar una audiencia.

_____ _____
Firma del Individuo o Parte Responsable Fecha

_____ _____
Firma del Empleado del Hospital Fecha

¿El individuo parece calificar para Medicaid? ☐ Sí ☐ No

Si responde Sí, entonces remitir al individuo a la oficina del DCBS del condado de residencia del individuo. El individuo debe llevar consigo una copia de este formulario a la oficina del DCBS.

Sección 4: Negativa a Solicitar Medicaid

El individuo o la parte responsable firmará abajo si se niega a solicitar el Medicaid.

Me niego a solicitar la cobertura de Medicaid o KCHIP. Entiendo que como resultado de esta negativa se me pueden enviar a mí las facturas de cualquier servicio efectuado.

_____ _____

Firma del Individuo o Parte Responsable Fecha

Sección 5: Negación del Cuidado para Indigentes

El individuo no cumple con los criterios de cuidado para indigentes por las siguientes razones (por favor marque lo que sea pertinente):

1. ☐ El individuo no es un residente de Kentucky.
2. ☐ El individuo ha sido referido para solicitar Medicaid o KCHIP pero se ha negado a hacerlo.
3. ☐ El individuo ya recibe o ha sido aprobado para Medicaid o KCHIP.
4. ☐ El individuo ha sido referido para solicitar Medicaid o KCHIP pero al concluir el plazo de 30 días no mostró pruebas de haber presentado la solicitud.
5. ☐ El individuo ha sido referido para solicitar Medicaid o KCHIP en un plazo de 30 días pero al concluir los 120 días no mostró pruebas de que la solicitud ha sido denegada o de que la solicitud esté pendiente.
6. ☐ El individuo no proporcionó en un plazo de 60 días la información necesaria para verificar ingreso, recursos o situación laboral.
7. ☐ El individuo está cubierto por el siguiente pagador a terceros: _____.
8. ☐ El individuo está bajo la custodia de una entidad del gobierno responsable de la cobertura de sus necesidades de atención médica urgente: _____.
9. ☐ El ingreso del hogar de $_____es muy alto.
10. ☐ Los recursos del hogar de $_____son muy altos, aún después de restarle las facturas médicas sin pagar.

*El individuo cree que él/ella es elegible para el cuidado para indigentes por las siguientes razones:

_____

Sección 6: Solicitud de Audiencia

El individuo puede solicitar una audiencia justa en un plazo de 90 días a partir de esta determinación y lo puede hacer ya sea:

1. Firmando y fechando la solicitud de audiencia que aparece a continuación y enviando una copia de esta solicitud al hospital, o
2. Enviando una carta al hospital donde solicita una audiencia.

La solicitud de audiencia tiene que ser enviada con fecha de matasellos o entregada personalmente en un plazo de 90 días a partir de la fecha que se muestra abajo:

Nombre o Departamento:_____
Hospital:_____
Dirección:_____

Yo solicito una audiencia debido a esta denegación. Yo creo que soy elegible para el cuidado para indigentes.

Firma del Paciente:_____Fecha:_____

El hospital debe llevar a cabo una audiencia justa en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibe la solicitud de audiencia del individuo.

Sección 7: Archivos Hospitalarios

Esta determinación fue llevada a cabo por:

_____ _____

Firma del Empleado del Hospital Fecha

_____ _____

Testigo Fecha

Favor de ver la página 4 para obtener más información sobre las estipulaciones de solicitudes.

CONSERVAR UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD EN EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE.

ESTA DETERMINACIÓN ES VÁLIDA POR UN PERIODO DE SEIS MESES A MENOS QUE LA SITUACIÓN ECONÓMICA DEL INDIVIDUO CAMBIE.

Elegibilidad para Medicaid y KCHIP

Si el paciente o el hogar parecen ser elegibles para Medicaid o KCHIP:

marcar las posibles categorías de elegibilidad enumeradas a continuación de esta pregunta
completar el resto de esta solicitud y entregar una copia al paciente
explicarle al paciente que necesita hacer una solicitud para Medicaid o KCHIP en un plazo de 30 días y que tiene 120 días para informarnos si la solicitud:

- o ha sido aprobada o
- o ha sido denegada o
- o está pendiente aún

Referir al DCBS para solicitar KCHIP o Medicaid si el paciente (marque uno):

es un niño menor de 19 años
es un adulto con niños que viven en el hogar
está embarazada
tiene 65 años de edad o mayor
es un discapacitado permanentemente o es ciego o dice serlo.

No referir al paciente al DCBS para solicitar Medicaid o KCHIP si el individuo:

recibió una denegación de Medicaid o KCHIP en los últimos 30 días
es un adulto menor de 65 años sin niños en el hogar (a menos que el adulto cumpla con los criterios de incapacidad permanente y absoluta de Medicaid)

Si un individuo afirma tener incapacidad permanente absoluta, referir al individuo tanto al DCBS para solicitar Medicaid como a la Administración del Seguro Social para solicitar SSI.

Si el paciente demuestra que ha solicitado Medicaid o SSI pero la solicitud aún está pendiente después de finalizar los 120 días, apruebe esta solicitud.

Estipulaciones de la Solicitud

Entregar personalmente o por correo una copia de esta solicitud a cualquier individuo que se le haya denegado la cobertura, mediante una carta indicando el motivo por el cual fue denegada e informándole que tiene 90 días para apelar.

Si el individuo ha sido referido para solicitar Medicaid o KCHIP, intentar comunicarse con dicho individuo después de 30 días para ver si el individuo hizo la solicitud.

Si un individuo hizo la solicitud de Medicaid (incluyendo SSI) o KCHIP, intentar comunicarse a los 60, 90 y 120 días para ver si la solicitud fue aprobada o denegada.

Si está faltando la información necesaria para verificar los ingresos, recursos o empleo, intentar comunicarse a los 15, 30 y 45 días para recordarle al paciente. Ayudar a las personas con discapacidades según sea necesario.

Si se ha hecho una solicitud para Medicaid o SSI, pero ésta aún está pendiente después de 120 días, usted puede aprobar esta solicitud.