



## HCBS CLIENT OBLIGATION INFORMATIONAL AGREEMENT

Name of Applicant or Beneficiary: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ request for Medical Assistance for Home and Community Based Services (HCBS) was received on \_\_\_\_\_. We need more information about your requested coverage options. Please review carefully. Once you have reviewed and made a decision, please mark your choice, sign and date, then return the form to the KanCare Clearinghouse by \_\_\_\_\_.

Home and Community Based Services (HCBS) offers services in the community instead of in the nursing home. Persons must have a medical need for this care and there must be an available slot on the requested HCBS waiver. The asset limit is \$2,000 for single persons.

Persons receiving HCBS may also have a monthly share of cost. This is called a client obligation. The client obligation is determined by the agency and is based on the gross monthly income of the individual requesting HCBS. Some eligible medical expenses, such as private health insurance, may be deducted as well.

Based on the information you provided on your application, we have calculated your estimated monthly client obligation to be \$\_\_\_\_\_.

In anticipation of qualifying for HCBS, I agree to the following (choose one):

\_\_\_\_\_ I agree to pay the monthly client obligation and wish to proceed with the HCBS application process.

\_\_\_\_\_ I do not want to pay the client obligation and wish to withdraw my request for HCBS. Please review my application for coverage under other medical assistance programs.

I understand that the agency will determine eligibility for HCBS based on the choice made on this document. The amount of the client obligation may be adjusted by the agency if income or eligible expenses change.

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Applicant or Beneficiary Signature

**Please send this completed form to:**  
**KanCare Clearinghouse**  
**PO BOX 3599**  
**Topeka, KS 66601**

**OR, Fax: 1-844-264-6285**

If you have questions and would like more information before completing and returning this form, please call KanCare at 1-800-792-4884 between the hours of 8:00am and 5:00pm Monday through Friday.

## ACUERDO INFORMATIVO SOBRE LA OBLIGACIÓN DEL CLIENTE DE HCBS

Nombre del solicitante o beneficiario: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

El pedido de \_\_\_\_\_ de asistencia médica para obtener servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) fue recibido el \_\_\_\_\_. Necesitamos más información sobre las opciones de cobertura que pidió. Revise detenidamente. Una vez que haya revisado y tomado una decisión, marque la opción que elija, firme y coloque la fecha; luego, devuelva el formulario a KanCare Clearinghouse antes del \_\_\_\_\_.

Los servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) ofrecen servicios en la comunidad en lugar de ofrecerlos en una residencia con asistencia médica. La persona debe tener una necesidad médica para este servicio de atención y debe haber una plaza vacante en la exención de HCBS solicitada. El límite de activos es de \$2,000 para personas solteras.

Es posible que las personas que reciben HCBS también deban pagar una parte mensual del costo. Esto se llama "obligación del cliente". La agencia determina la obligación del cliente, y esta se basa en los ingresos brutos mensuales de la persona que solicita los HCBS. También es posible que se descuenten algunos gastos médicos elegibles, como el seguro médico privado.

Según la información que usted dio en su solicitud, calculamos que su obligación mensual estimada de cliente es de \$\_\_\_\_\_.

A la expectativa de cumplir con los requisitos para los HCBS, acepto lo siguiente (elija una opción):

\_\_\_\_\_ Acepto pagar la obligación del cliente mensual y deseo avanzar con el proceso de solicitud de HCBS.

\_\_\_\_\_ No quiero pagar la obligación del cliente y deseo retirar mi solicitud de HCBS. Por favor, revise mi solicitud para ver si otros programas de asistencia médica podrían brindar cobertura.

Comprendo que la agencia determinará si cumplo los requisitos para HCBS en función de la elección hecha en este documento. Es posible que la agencia ajuste la cantidad de la obligación del cliente si cambian los ingresos o los gastos elegibles.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o beneficiario

**Envíe este formulario completo a:**  
**KanCare Clearinghouse**  
**PO BOX 3599**  
**Topeka, KS 66601**

**O por fax al: 1-844-264-6285**

Si tiene preguntas y desea recibir más información antes de completar y devolver este formulario, llame a KanCare al 1-800-792-4884 entre las 8 a.m. y las 5 p.m. de lunes a viernes.