Departamento de Salud y Servicios Humanos de
Michigan PO Box 30809
Lansing MI 48909

Michigan Department of Health & Human Services
GRETCHEN WHITMER, GOVERNOR | ELIZABETH HERTEL, DIRECTOR

Fecha

Estimado :

Para ver esta carta en español, visite michigan.gov/medicaid
michigan.gov/medicaid للاطلاع على هذه الرسالة باللغة العربية، زر الموقع الإلكتروني

Cambios en la elegibilidad de Medicaid para algunos no ciudadanos

Esta carta explica nuevas normas federales que podrían afectar su cobertura de Medicaid. Estos cambios dependen de su estatus migratorio.

Esta carta no significa automáticamente que su cobertura cambiará. Algunas personas mantendrán la cobertura completa de Medicaid. Otros pasarán a la cobertura de Solo Servicios de Emergencia (ESO, por sus siglas en inglés).

Este aviso proporciona información general. **Si su cobertura cambiará, recibirá un aviso con detalles específicos para su caso.** Estos cambios comienzan el **1 de octubre de 2026.** No necesita hacer nada hoy.

¿Quién mantendrá la cobertura completa de Medicaid?

Estos grupos seguirán siendo elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid:

- Residentes permanentes legales (LPR, por sus siglas en inglés) después del período de espera de 5 años.
- Entrantes cubanos/haitianos.
- Migrantes de los Pactos de Libre Asociación (COFA, por sus siglas en inglés).
- Personas embarazadas.
- Personas menores de 21 años de edad.

¿Quién pasarán a la cobertura de Solo Servicios de Emergencia (ESO, por sus siglas en inglés)?

Si no pertenece a uno de los grupos enumerados anteriormente, su cobertura puede cambiar a ESO.

¿Qué es ESO?

ESO ayuda a pagar por condiciones médicas de emergencia. Esto significa un problema de salud con síntomas graves que necesitan atención inmediata para prevenir daños graves. No **cubre** las visitas rutinarias al médico, la atención preventiva, las recetas ni el tratamiento continuo.

¿Qué significa esto para los demás en mi hogar?

MDHHS verifica la elegibilidad de cada persona en su hogar. Un cambio en su cobertura no siempre significa que la cobertura de los miembros de su familia cambiará.

¿Cómo verificará MDHHS mi estatus migratorio?

MDHHS utiliza la información que ya tenemos para verificar su estatus migratorio. Si necesitamos más información, MDHHS se pondrá en contacto con usted.

Responda rápidamente si se pone en contacto con usted. Esto puede ayudar a evitar retrasos con su cobertura médica.

Si usted o alguien en su hogar tiene documentos o información sobre su estatus migratorio (como una tarjeta de residencia o un permiso de trabajo), debe cargarlos en MI Bridges o trabajar directamente con su trabajador de caso asignado para proporcionar cualquier actualización.

¿Qué sucede a continuación?

Recibirá un aviso por correo si su cobertura médica cambia. El aviso se enviará antes de que el cambio comience el 1 de octubre de 2026.

Ese aviso incluirá:

- Una descripción de su nueva cobertura.
- Cómo solicitar la revisión de la decisión (conocido como su derecho a apelar).

¿Qué debería hacer ahora?

Asegúrese de:

- Revise su correo y responda rápidamente a los paquetes de renovación de Medicaid, las cartas de su plan de salud o la oficina local de Medicaid del condado.
- Informe cualquier cambio que pueda afectar su cobertura.
- Visite Michigan.gov/Medicaid para obtener más información sobre los próximos cambios en Medicaid.

¿Cómo reporto los cambios?

Para informar cambios, visite Michigan.gov/mibridges y use la función "Notificar mis cambios"

(Report My Changes”). También puede ponerse en contacto con su oficina local para informar

de estos cambios.

Estamos aquí para usted

Si tiene preguntas o problemas, o necesita traducciones, llame a la **Línea de ayuda para beneficiarios** al **1-800-642-3195.**

Atentamente,

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)

Please note if needed, free language assistance services are available.
Call **800-642-3195** (TTY **866-501-5656**).

Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-642-3195 (TTY 866-501-5656).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-642-3195 (رقم هاتف الصم والبكم: 866-501-5656).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。 請致電 800-642-3195 （TTY 866-501-5656）
Syriac (Assyrian)	ܫܘܬܦܐ: ܐܢ ܐܢܬ ܡܫܟܚ ܠܫܢܐ ܣܘܪܝܝܐ، ܫܝܪܘܬ ܕܥܙܪܐ ܠܫܘܢܐ ܡܬܐ ܠܟ ܒܚܘܢܡܐ. ܛܠܦܢ ܠ 800-642-3195 (TTY 866-501-5656)
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-642-3195 (TTY 866-501-5656).
Albanian	KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 800-642-3195 (TTY 866-501-5656).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-642-3195 (TTY 866-501-5656)번으로 전화해 주십시오.
Bengali	লক্ষ্য#করুনঃ#যদি#আপনি#বাংলা/#কথা#বলতে#পারেন/#তাহলে#নিঃখরচায়#ভাষা#সহায়তা#পরিষেবা#উপলব্ধ#আছে।#ফোন#করুন#১ 800-642-3195 ##(TTY#১ 866-501-5656).#
Polish	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-642-3195 (TTY 866-501-5656).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer 800-642-3195 (TTY 866-501-5656).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-642-3195 (TTY 866-501-5656).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-642-3195（TTY 866-501-5656）まで、お電話にてご連絡ください
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-642-3195 (телетайп 866-501-5656).
Serbo-Croatian	OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 800-642-3195 (TTY Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom 866-501-5656).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-642-3195 (TTY 866-501-5656).

The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) does not discriminate against any individual or group on the basis of race, national origin, color, sex, disability, religion, age, height, weight, familial status, partisan considerations, or genetic information. Sex-based discrimination includes, but is not limited to, discrimination based on sexual orientation, gender identity, gender expression, sex characteristics, and pregnancy.

Further, MDHHS:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats); and
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact the Section 1557 Coordinator. The contact information is found below.

If you believe that MDHHS has not provided the above services, or discriminated in another way, you can file a grievance with the Section 1557 Coordinator. You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Section 1557 Coordinator is available to help you.

MDHHS Section 1557 Coordinator
Compliance Office, Suite 411
PO Box 30037
Lansing, MI 48909

517-284-1018 (Main), (TTY number—if covered entity has one), 517-335-6146 (Fax), MDHHS-Section-1557@michigan.gov (Email).

You can also file a civil rights complaint with the responsible federal agency.

If your grievance or complaint is about your Medicaid application, benefits or services you can file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services at https://bit.ly/2pBS4YG, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) Complaint forms are available at https://bit.ly/2IKsHMS.	If your grievance or complaint is about your application for or current food assistance benefits, you can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Agriculture (USDA) Program by: Completing a Complaint Form, (AD-3027) found online at: https://bit.ly/2g9zzpU or at any USDA office, or write a letter addressed to USDA at the address below. In your letter, provide all the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call 866-632-9992. Send your completed form or letter to USDA by mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 Fax: 202-690-7442; or Email: program.intake@usda.gov

MDHHS is an equal opportunity provider.