

## Información sobre la organización

### 1. ¿Quién completa este cuestionario \*

- Solamente un miembro de la comunidad
- Miembro de la comunidad con apoyo de una organización
- Solo la organización - el miembro de la comunidad no está presente

**Organización que completa este cuestionario:** (Escriba "N/A" si lo completa "Solamente un miembro de la comunidad") \*

▲ 1 / 2 ▼

## Consentimiento

La intención de este cuestionario es comprender lo que los miembros de Colorado Medicaid/Health First están experimentando durante el proceso de renovación de Medicaid 2023-2024. Una vez finalizado el periodo de cobertura continua, todos los miembros de Medicaid tendrán la oportunidad de renovar su cobertura, pero muchos la perderán debido a un aumento de sus ingresos o a otros factores. Los resultados de este cuestionario se utilizarán para determinar las mejoras necesarias en el proceso de renovación de los beneficios de Medicaid. Al completar este formulario, acepta compartir información con Covering Kids and Families (CKF), un proyecto que trabaja para mejorar la forma en que los habitantes de Colorado acceden y conservan una cobertura médica asequible, y el Colorado Center on Law and Policy (CCLP), una organización de defensa legal que se centra en garantizar el acceso a los alimentos, la vivienda, la salud y los ingresos para construir un estado más equitativo.

**Doy mi consentimiento para compartir información con Covering Kids and Families y el Colorado Center on Law and Policy: \***

- Sí
- No

▲ 2 / 3 ▼

## Experiencia general

**¿Tuvo una experiencia negativa o positiva al completar el proceso de renovación de Medicaid, teniendo en cuenta los paquetes de renovación, la recepción y comprensión de los avisos y la interacción con el personal estatal o del condado? \***

- Positiva
- Negativa
- En un punto intermedio

## Información personal

**Nombre/Iniciales/Identificador (opcional):**

**Condado \***

**Tipo de Medicaid (a su leal saber y entender) - marque todas las que correspondan a su grupo familiar \***

- Elegibilidad basada solo en los ingresos
- Elegibilidad basada en la discapacidad
- Elegibilidad basada en otra cosa (explique)

**Situación de idioma \***

- Solo inglés
- Solo español
- Principalmente español, algo de inglés
- Idioma principal distinto del español o el inglés
- Otros problemas de comunicación (explique)

**Raza/Origen étnico \***

- Blanco(a)
- Afroamericano(a)/Negro(a)
- Hispano(a)/Latino(a)
- Asiático(a), asiático(a) americano(a) u originario(a) de las islas del Pacífico
- Nativo(a) americano(a)
- Desconocido
- Prefiero no responder

**Edad de los miembros de Colorado Medicaid (Marque todo lo que corresponda) \***

- Adulto o adultos: De 19 a 65 años
- Niño o niños: 18 años o menos
- Adulto o adultos mayores: Mayores de 65 años

**Si no tiene inconveniente en compartirlo, ¿es usted ciudadano(a), residente permanente u otro? \***

- Ciudadano(a) estadounidense
- Residente permanente
- Prefiero no responder
- Otro (explique)

▲ 4 / 5 ▼

## Paquetes de renovación de Colorado Medicaid

**¿Recibió un paquete de renovación por correo para usted o un miembro de su grupo familiar? \***

- Sí
- No
- No lo sé.

**¿Solicitó solicitudes o comunicaciones en un idioma distinto del inglés?**

- Sí
- No
- No lo sé.

**¿Recibió solicitudes o comunicaciones en un idioma distinto del inglés?**

- Sí
- No
- Algunas veces

**Si ha recibido un paquete de renovación, ¿lo llenó y lo devolvió al condado?**

- No, no devolví el paquete
- Sí, lo devolví por correo
- Sí, lo llené a través de mi cuenta PEAK
- Sí, se lo entregué al condado en persona
- N/A (porque arriba dijo no)

**¿Se ha puesto en contacto con usted el Centro Estatal de Correo Devuelto Consolidado por problemas para localizarle?**

- No
- Sí (comparta cualquier información sobre esa experiencia):

## Avisos o cartas sobre su cobertura

En algún momento después del 5 de abril de 2023, ¿recibió un aviso o carta que le informara sobre su elegibilidad o la de algún miembro de su grupo familiar para Colorado Medicaid? \*

- Sí
- No
- No lo sé/no estoy seguro(a)

Si recibió un aviso o una carta, ¿comprendió la decisión del estado sobre la cobertura de Medicaid? \*

- Sí, pero no estaba de acuerdo
- Sí, y estuve de acuerdo
- No
- No lo sé/no estoy seguro(a)
- No recibí una carta

Si no entendió la decisión del estado sobre la cobertura de Medicaid, ¿qué le dificultó entenderla? (marque todo lo que corresponda) \*

- La terminología era confusa
- Recibí más de una carta y las cartas decían cosas diferentes.
- La carta decía que la persona tenía cobertura, pero me enteré de que ya no estaba inscrita
- La carta decía que la persona no tenía cobertura, pero me enteré de que seguía inscrita
- La carta no estaba en mi idioma de preferencia
- No recibí una carta
- Algo más dificultaba la comprensión. (Explique)

Si recibió información sobre su cobertura, ¿está dispuesto(a) a compartir con nosotros el documento o una captura de pantalla? \*

- Sí
- No

Indique si va a adjuntar documentos hoy o si los proporcionará en una fecha posterior: \*

- Adjuntaré documentos hoy
- Proporcionaré documentos en una fecha posterior
- No proporcionaré ninguna documentación

Adjunte copias de cualquier aviso o carta de decisión que haya recibido (con los datos de identificación tachados o suprimidos)

Choose Files No file chosen

**Si no recibió un aviso o una carta, pero usted o un miembro de su grupo familiar perdió la cobertura después del 1 de mayo de 2023, ¿cómo se enteró de que la cobertura de la persona había cambiado? \***

- Miré la cuenta PEAK
- Hablé con un trabajador del condado por teléfono o en persona
- Hablé con alguien de una organización comunitaria local
- Se le negó atención a la persona en la farmacia
- Se le negó atención a la persona en un consultorio médico u hospital
- Otros: (Rellene el recuadro)

**Si usted u otros miembros de su grupo familiar perdieron la cobertura, ¿cree que la decisión fue correcta? \***

- No, creo que la persona o personas deben seguir siendo elegibles
- Sí, creo que la persona o el grupo familiar tiene demasiados ingresos para tener derecho a Colorado Medicaid.
- Sí, creo que hay otra razón por la que la persona no reúne los requisitos para Colorado Medicaid (proporcione más información en el recuadro en blanco)

**Si a usted o a otros miembros de su grupo familiar se les denegó la cobertura, ¿tomó alguna de las siguientes medidas? Marque todo lo que corresponda. \***

- Llamé a mi condado
- Llamé a mi agencia de administración de casos o a la agencia de atención médica domiciliaria.
- Llamé a mi RAE (Entidad regional responsable)
- Solicité una apelación
- Solicité una conferencia en el condado
- Intenté encontrar cobertura a través del mercado estatal, Connect for Health Colorado.
- No tomé ninguna de estas medidas.
- Otras (indique lo que hizo)

▲ 6 / 7 ▼

## Interacciones con el condado

**¿Intentó ponerse en contacto por teléfono con el servicio de atención al cliente del condado o del estado para obtener ayuda con el paquete de renovación o para hacer preguntas sobre su derecho a Colorado Medicaid?**

- Sí
- No

**Si llamó, ¿logró obtener ayuda por teléfono?**

- N/A (no llamó al condado ni al estado)
- Sí, respondieron a mis preguntas
- No, no respondieron a mis preguntas.
- No, no pude obtener ayuda en mi idioma de preferencia
- No, me pusieron en espera y no pude comunicarme. (Indique la duración de la espera).

**Si acudió personalmente a la oficina del condado, ¿consiguió ayuda?**

- N/A (no acudió a la oficina)
- Sí, respondieron a mis preguntas.
- No, hablé con alguien pero nadie pudo responder a mis preguntas.
- No, hablé con alguien pero no pude obtener ayuda en mi idioma de preferencia.
- No, nadie pudo atenderme. (Indique aproximadamente cuánto tiempo esperó para ver a alguien)

**Si habló con alguien del condado o del estado, ¿cómo sintió que le trataron?**

- N/A (no habló con nadie del condado ni del estado)
- Se me trató respetuosamente
- No sentí que me trataran bien ni respetuosamente. (Explique)

▲ 7 / 8 ▼

## Información adicional

¿Algún otro comentario que quiera compartir? \*

¿Está dispuesto a que Covering Kids or Families (CKF) o el Colorado Center on Law and Policy (CCLP) se pongan en contacto con usted para hablar de su experiencia? \*

- Sí
- No

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:**

**Correo electrónico:**

**Número de teléfono**

**¿Le interesa compartir su experiencia directamente con el personal de nuestra agencia estatal de Medicaid, el Departamento de Política y Financiación de Atención Médica, con el apoyo de CKF y CCLP? \***

- Sí
- No

