

**SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA DE ESTADO IMPARCIAL
REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING**

SECCIÓN A - OBLIGATORIA

No es obligatorio completar este formulario. La información de identificación personal recopilada en este formulario se utiliza únicamente para identificar su caso y procesar su solicitud.

Nombre – Miembro		Teléfono	N.º de ident. de Medicaid
Dirección de correo postal		Programa <input type="checkbox"/> Family Care <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> PACE	
Ciudad	Código postal	Managed Care Organization (MCO) (organización de atención administrada)	
Fecha de hoy		Fecha de entrada en vigencia de la determinación adversa de beneficios	

Continuidad de sus servicios: Si la determinación adversa de beneficios afecta sus servicios, y su solicitud se recibe antes de la entrada en vigencia de la determinación, sus servicios no se interrumpirán ni se reducirán en la mayoría de los casos. (Si el juez resuelve que la decisión de la MCO's fue correcta, es posible que deba reembolsar los servicios adicionales que reciba entre el momento en que solicite una audiencia imparcial y el momento en que el juez tome una decisión. No obstante, si esto le causa una gran carga financiera, es posible que no tenga que reembolsar estos costos).

¿Desea continuar recibiendo sus servicios? Sí No

SECCIÓN B

Completar solo si la solicitud de audiencia imparcial está relacionada con:

Elegibilidad Reparto de costos

¿Por qué está solicitando una audiencia?
(Adjunte una hoja adicional si es necesario).

SECCIÓN C

Completar solo si la solicitud de audiencia imparcial se relaciona con una de las alternativas que se mencionan a continuación. Para solicitar la audiencia imparcial relacionada con una de estas alternativas, primero debe pasar por el proceso de apelación de su MCO's.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación funcional de elegibilidad llevada a cabo por la MCO | <input type="checkbox"/> No se brindaron los servicios/apoyos de manera oportuna |
| <input type="checkbox"/> Reducción, suspensión o terminación del servicio/ayuda | <input type="checkbox"/> Cancelación involuntaria de la inscripción en la MCO |
| <input type="checkbox"/> Denegación o autorización limitada de un servicio solicitado | <input type="checkbox"/> Denegación de solicitud para disputar una obligación financiera |
| <input type="checkbox"/> Denegación de pago de un servicio | |

Plan de atención

Denegación de solicitud para obtener servicios fuera de la red de la MCO's

La MCO no tomó una decisión respecto a una apelación dentro del plazo requerido

¿Por qué está solicitando una audiencia? (Adjunte una hoja adicional si es necesario)

Sí

No

1. ¿Presentó una apelación ante el Comité de quejas formales y apelaciones de su MCO's?

Fecha en que presentó la apelación:

Sí

No

2. ¿Solicitó la continuación de los servicios durante su apelación ante la MCO?

Sí

No

3. ¿Recibió una decisión por escrito del Comité de quejas formales y apelaciones de la MCO's? Adjunte una copia de la decisión a este formulario o describa brevemente la decisión:

Resumen de la decisión:

Sí

No

4. Si respondió "No" a la pregunta 3, ¿cuándo venció el plazo del Comité de quejas formales y apelaciones de la MCO's para tomar una decisión?:

(Si es posible, adjunte una copia de la carta de la MCO's donde se indica la fecha en que debería haber recibido la decisión).

Nota: El Comité de quejas formales y apelaciones de la MCO tiene hasta 30 días para tomar una decisión respecto a su apelación. Debe esperar hasta la fecha establecida en la carta para que la MCO le envíe una decisión sobre su apelación antes de poder solicitar una audiencia imparcial.

SECCIÓN D - OBLIGATORIA

FIRMA – Miembro

Fecha de firma

Envíe por correo o fax este formulario **Y** una copia de la carta con la decisión de la apelación de la MCO's (o, si la MCO no le entregó dicha carta, envíe la carta donde la MCO's le informa la fecha de entrega de la decisión) a:

Family Care Request for Fair Hearing
c/o Division of Hearings and Appeals
PO Box 7875
Madison WI 53707-7875
Fax: 608-264-9885

Su Managed Care Organization (organización de atención administrada):

Proporciona dispositivos y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera efectiva, tales como:

- Intérpretes cualificados de lengua de signos
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:

- Intérpretes cualificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con su gestor de atención o especialista en derechos de miembros.