|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-00236BS (03/2024) | | | | | | **STATE OF WISCONSIN**  Wisconsin Statutes  § 46.287 (2) (c) | | | |
| **Solicitud de audiencia imparcial estatal – IRIS**  **(REQUEST FOR A STATE FAIR HEARING – IRIS)** | | | | | | | | | |
| **INSTRUCCIONES:** | | No es obligatorio completar este formulario. La información de identificación personal recopilada en este formulario se utiliza para identificar el caso y procesar su solicitud. | | | | | | |
| Nombre del participante (apellido, nombre) | | | | | | Número de teléfono | | Número de identificación de Medicaid | |
| Dirección postal | | | | | | Programa  IRIS | | | |
| Ciudad | | | | Código postal | | IRIS Consultant Agency (Agencia consultora de IRIS) | | | |
| Fecha actual | | | | | | Fecha efectiva de acción | | | |
| Describa brevemente el motivo de la apelación: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Sí | No | | ¿Recibió usted una notificación de la acción de su IRIS Consultant Agency (agencia consultora de IRIS) o del Departamento?  Si respondió 'Sí' debe adjuntar una copia de la notificación al presentar este formulario. | | | | | | |
| **Continuación de sus servicios durante una apelación de una reducción o terminación de un servicio actual**  .  Durante el proceso de apelación, usted tiene derecho a solicitar que se continúen los servicios hasta que se dicte una decisión de la audiencia. Las solicitudes para la continuación de los servicios deben ser recibidas (matasellada) **en o antes de la fecha en vigencia de la acción prevista**. Usted podría ser responsable de pagar el costo de estos servicios, si pierde su apelación. Sin embargo, a discreción del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud), es posible que no tenga que pagar estos costos.  Marque esta casilla si desea solicitar que los mismos servicios continúen durante su apelación.  Usted, o su representante legal, tiene derecho a una copia gratuita de sus registros, correspondientes a su apelación. Para solicitar una copia, póngase en contacto con su IRIS Consultant Agency (agencia consultora de IRIS) o el Centro de atención de IRIS al 1-888-515-4747.  Si usted necesita este formulario en otro idioma, braille o letra grande, póngase en contacto con su IRIS Consultant Agency (agencia consultora de IRIS) o el Centro de atención de IRIS al 1-888-515-4747. Los servicios de intérprete y traducción están disponibles de forma gratuita. | | | | | | | | | |
| **FIRMA** - Participante | | | | | | Fecha de la firma | | | |
|  | | | | | |  | | | |
| **FIRMA** – Representante legal (si corresponde) | | | | | | Fecha de la firma | | | |
| Envíe este formulario por correo o fax **Y** una copia de la carta de notificación de la acción/decisión a: | | | | | | | | | |
| IRIS Request for Fair Hearing  Wisconsin Division of Hearings and Appeals  P.O. Box 7875  Madison, WI 53707-7875 | | | | | O | | Por fax: 608-264-9885 | | |