|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-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      | ProgramaIRIS |
| 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 HearingWisconsin Division of Hearings and AppealsP.O. Box 7875Madison, WI 53707-7875 | O | Por fax: 608-264-9885 |