

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

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 del miembro		Teléfono	Nº de ID de Medicaid
Dirección postal		Programa <input type="checkbox"/> Family Care <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> PACE	
Población	Código postal	Managed Care Organization (MCO) (organización de atención administrada)	
Fecha de hoy		Fecha efectiva de acción	
Apelación relacionada con: <input type="checkbox"/> Elegibilidad <input type="checkbox"/> Reparto de costos <input type="checkbox"/> Cambio en el servicio o soporte <input type="checkbox"/> Plan de atención		Describa brevemente el cambio en el servicio o soporte:	

- Sí No 1. ¿Ha presentado una apelación ante el MCO's Grievance and Appeal Committee (Comité de quejas y apelaciones de su organización de atención administrada)?
- Sí No 2. Si ha respondido que sí a la primera pregunta (1), ¿ha solicitado la continuación de los mismos servicios durante su apelación ante la MCO?
- Sí No 3. Si ha respondido que sí a la primera pregunta (1), ¿ha comparecido ante el MCO's Grievance and Appeal Committee?
- Sí No 4. Si ha respondido que sí a la tercera pregunta (3), ¿ha recibido una decisión del MCO's Grievance and Appeal Committee? (Adjunte una copia de la decisión si está disponible)

Continuación de sus servicios durante una apelación de reducción, suspensión o finalización de un servicio

Si está recibiendo beneficios y solicita una audiencia justa antes de que se modifiquen sus beneficios, podrá seguir recibiendo los mismos beneficios hasta que su audiencia tenga lugar. Si desea mantener sus beneficios durante su audiencia justa, deberá sellar su solicitud y enviarla por correo postal o fax **el mismo día (o antes) de la fecha efectiva de la acción prevista**. Si el juez determina que la decisión de su MCO fue correcta, es posible que tenga que reembolsar los beneficios adicionales que recibió desde el momento en el que solicitó la audiencia justa y hasta el momento en el que el juez tome una decisión. No obstante, si esto le provocase una elevada carga financiera, existiría la posibilidad de que no tuviera que devolver este dinero.

Marque esta casilla si desea solicitar la continuación los mismos servicios durante su apelación.

Copia del expediente del caso

Usted tiene derecho a recibir una copia gratuita de la información del expediente de su caso en relación con su queja o apelación. El concepto de información hace referencia a documentos, registros

y otros materiales relacionados. Esto incluye cualquier información nueva o adicional que su MCO recopile durante su apelación. Si desea solicitar copias, póngase en contacto con su gestor de atención o especialista en derechos de miembros.

FIRMA del miembro

Fecha de firma

Envíe por correo postal o fax este formulario **acompañado de** una copia de la carta de decisión o de Notice of Adverse Benefit Determination (Aviso de determinación adversa de beneficios) 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.