AGING & DISABILITY RESOURCE CENTER

NOTICE OF MEDICAL REMEDIAL EXPENSES FOR COST SHARE DETERMINATION (AVISO DE GASTOS MÉDICOS REMEDIALES PARA LA DETERMINACIÓN DEL COSTO COMPARTIDO)

(NOTICE OF MEDICAL REMEDIAL EXPENSES FOR COST SHARE DETERMINATION)

Fecha de envío: Click or tap to enter a date

Enter Customer Name

Enter Street Address

Enter City, State, and Zip Code

Estimado/a Click or tap here to enter text:

Gracias por contactar al Aging and Disability Resource Center(Centro de recursos para el envejecimiento y la discapacidad) de insert ADRC name. Hemos determinado sus gastos médicos remediales mensuales y enviamos esa cantidad al consorcio de Income Maintenance (Mantenimiento de ingresos) con su solicitud de Medicaid. Income Maintenance (Mantenimiento de ingresos) utiliza esta cantidad para determinar si usted tendrá un costo compartido por la atención a largo plazo financiada con fondos públicos y para determinar el monto de ese costo compartido.

Se adjunta, para su información, una copia de su formulario de gastos médicos remediales.

Si cree que ha habido un error al determinar sus gastos médicos remediales, comuníquese con el ADRC o seleccione entre las opciones descritas en las siguientes páginas de este aviso.

Atentamente,

ADRC Representative Name

**Información y derechos de apelación**

1. **Cómo apelar esta decisión**

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede comunicarse con el ADRC:

ADRC Name

ADRC Address

ADRC Phone Number

ADRC Fax Number

ADRC Email Address

1. **Solicite una audiencia imparcial**

Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a solicitar una audiencia estatal imparcial. Si solicita una audiencia estatal imparcial, tendrá una audiencia con un Administrative Law Judge (Juez de Derecho Administrativo) (ALJ) independiente. Puede traer un defensor, un amigo, un familiar o testigos. En la audiencia también puede presentar evidencia y testimonio.

Puede obtener el formulario de solicitud de audiencia en el ADRC, en una de las agencias de defensores independientes que se enumeran al final de este aviso o en línea en  
<http://www.dhs.wisconsin.gov/library/f-00236a.htm>.

Envíe el formulario de solicitud completado o una carta solicitando una audiencia y una copia de este aviso a:

ADRC Request for Fair Hearing

Wisconsin Division of Hearing and Appeals

PO Box 7875

Madison, WI 53707-7875

Fax: 608-264-9885

Nota importante: tiene 45 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia imparcial.

1. **¿Quién puede ayudarlo con este aviso y sus derechos?**

El Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad) puede informarle sobre sus derechos, tratar de resolver informalmente sus inquietudes y ayudarlo a presentar una solicitud de audiencia imparcial.

También puede recibir asistencia de un defensor independiente. Las siguientes agencias se dedican a defender a personas:

De 18 a 59 años:

Disability Rights Wisconsin (Derechos de Discapacidad Wisconsin)

Línea gratuita: 1-800-928-8778

TTY: 711

60 años o más:

Wisconsin Board on Aging and Long-Term Care (Junta de Wisconsin sobre el Envejecimiento y la Atención a Largo Plazo)

Línea gratuita: 1-800-815-0015

TTY: 711

1. **Copia de su expediente**

Tiene derecho a recibir una copia gratuita de la información de su expediente con respecto a esta decisión. Información implica todos los documentos, registros médicos y otros materiales relacionados con esta decisión. Si decide apelar esta decisión, tiene derecho a recibir cualquier información nueva o adicional que el ADRC haya recopilado durante su apelación. Para solicitar una copia de su expediente, comuníquese con el ADRC al Insert Phone Number