

CÓMO PEDIR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Su derecho a apelar: Si no está de acuerdo con la medida tomada por MassHealth, usted tiene derecho a apelar y a pedir una audiencia ante un funcionario de audiencias imparciales. También puede solicitar una audiencia si MassHealth no respondió a su solicitud en un plazo razonable.

Cómo apelar: Usted puede completar este formulario de solicitud de audiencia y enviarlo junto con una copia del aviso que está apelando a **Board of Hearings, Office of Medicaid, 100 Hancock Street, 6th Floor, Quincy, MA 02171** o puede enviar estos materiales por fax o por eFax al **(617) 887-8797**. Usted también puede llamar al **(800) 841-2900** para completar su solicitud de un formulario de audiencias por teléfono. Si tiene preguntas sobre su audiencia, llame al **(617) 847-1200** o al **(800) 655-0338**.

La Junta de Audiencias debe recibir su solicitud completada y firmada en un plazo de 30 días calendario de la fecha en que recibió el aviso de nuestra decisión. Si usted no recibió un aviso por escrito de la decisión a ser tomada o si MassHealth no tomó ninguna decisión sobre su petición, usted debe presentar su solicitud a más tardar hasta 120 días calendario desde la fecha en que se tomó la decisión o desde la fecha de la solicitud.

Si recibe beneficios de MassHealth en la actualidad: Usted podría ser elegible para mantener sus beneficios entre el momento de su apelación y la fecha en que la Junta de Audiencias tome la decisión de aprobar o denegar su apelación. Si usted decide mantener sus beneficios durante su apelación y luego pierde la apelación, posiblemente tenga que reembolsar el costo de los beneficios que recibió. Si no recibe beneficios y después gana la apelación, restauraremos sus beneficios. Usted mantendrá sus beneficios si el formulario de audiencia es recibido ya sea antes de dejar de recibir beneficios o en un plazo dentro de los 10 días calendario desde la fecha de envío postal del aviso de MassHealth, sea cual fuere la fecha posterior. Por favor marque su selección en la sección **Otra información** del formulario.

Fecha de la audiencia: Le enviaremos un aviso informándole de la fecha, hora y el lugar de la audiencia con por lo menos 10 días de anticipación. Su audiencia puede realizarse por teléfono. Puede pedir que se cambie la fecha de una audiencia, pero deberá tener una buena causa. Su apelación será desestimada si no cambia la fecha o no se presenta a tiempo para la audiencia sin ninguna buena causa documentada.

Su derecho de ayuda en la audiencia: Puede tener un abogado u otra persona que lo represente en la audiencia o puede representarse usted mismo. Nosotros no pagaremos a nadie pare que lo represente. Puede comunicarse con un servicio de ayuda legal o agencia comunitaria, para averiguar si puede recibir asesoramiento o representación sin costo. Una solicitud de audiencia también puede ser presentada en su nombre por una persona autorizada a tomar decisiones en su nombre. Si la persona que actúa en su nombre no es un abogado, adjunte una copia del documento que autoriza a dicha persona a presentar una solicitud de audiencia (por ejemplo, un Poder legal, Tutor, invocación de un Apoderado para tomar decisiones médicas o *proxy*).

Si necesita un intérprete, un dispositivo de escucha asistida u otra acomodación: Si no entiende inglés o tiene impedimento de audición o de la vista, le proporcionaremos un intérprete u otro dispositivo de escucha asistida en la audiencia sin costo para usted. También proporcionaremos otras acomodaciones razonables a una persona discapacitada que tenga que participar en la audiencia. Por favor díganos lo que necesita en la sección **Otra información** del formulario.

Su derecho a examinar el expediente de su caso: Usted y/o su representante podrán examinar el expediente de su caso antes de la audiencia. Si quiere examinar el expediente de su caso, llame al (800) 841-2900, TTY: (800) 497-4648 (para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

Su derecho a pedir que se citen testigos y su derecho a interrogarlos: Usted o su representante puede escribir para pedir que se citen testigos o presenten documentos en la audiencia. Usted o su representante podrá presentar pruebas y volver a interrogar a los testigos sobre sus declaraciones en la audiencia. Esto significa que usted puede hacerles preguntas a los testigos. El funcionario de audiencias tomará una decisión con base en todas las pruebas presentadas en la audiencia.

Efecto en los demás miembros del hogar: Observe que, la decisión de apelar de un miembro de su hogar podría cambiar la elegibilidad de otros miembros del hogar. En ese caso, los miembros del hogar que sean afectados recibirán un nuevo aviso de elegibilidad, explicándoles los cambios.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____
Apellido(s): _____
Dirección postal: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____
Número de ID del afiliado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo para su apelación (Haga un círculo en los motivos que correspondan.)

Ingresos • Ciudadanía/Estado migratorio • Acceso a otro seguro
Tamaño de la familia • Residencia • Estado de reclusión
Otro (vea a continuación) _____

Por favor explique por qué apela.

Adjunte todos los documentos que respalden su motivo.

Otra información (Marque todo lo que corresponda.)

- Acepto el cambio propuesto en mi cobertura durante el proceso de apelación. Si marca este renglón y gana su apelación, le restauraremos los beneficios originales.
- Quiero mantener los beneficios que estaba recibiendo anteriormente durante el proceso de apelación. Si marca este renglón y luego pierde la apelación, posiblemente tenga que reembolsar el costo de los beneficios recibidos durante el tiempo de la apelación.
- Necesito un intérprete. Mi idioma es _____
(Proporcione el intérprete para la audiencia.)
- Necesito un dispositivo de escucha asistida para comunicarme en una audiencia. (Describa el tipo de dispositivo que usted necesita y se lo proporcionaremos para la audiencia.) _____
- Necesito otra acomodación debido a una discapacidad. (Describa la acomodación que necesita.) _____
- Necesito una audiencia acelerada.
- Deseo una audiencia por teléfono. Mi número es _____

Representante para la apelación, si lo tiene:

Nombre: _____
Número de teléfono: _____
Dirección postal: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma

La información en este formulario es verdadera y completa a mi mejor saber y entender. Autorizo a MassHealth a que me proporcione a mí y a mi representante, de tenerlo, mi información personal, incluida la información de impuestos federales y estatales usada para determinar mi elegibilidad, para los fines de este proceso de apelación.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre y apellido (letra de imprenta): _____

Si el presente formulario es firmado por otra persona que no sea un apelante de 18 años de edad o mayor, con autoridad para presentarlo, por favor adjunte una copia de su autoridad para presentar la apelación en nombre del apelante (por ejemplo, una copia del documento de poder legal o prueba de su nombramiento como representante personal ante la corte).