

## FORMULÁRIO DE PEDIDO DE AUDIÊNCIA JUSTA

Consulte as instruções no verso sobre como pedir uma audiência justa.

Nome:	Inicial do nome do meio:	Sobrenome:
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone:	Identificação de membro:	Data de nascimento:

### RAZÃO PARA APELAR (Marque as razões relevantes.)

- Renda  Cidadania ou status de imigração  Acesso a outro seguro  Tamanho do agregado familiar  Residência  Status de encarceramento  
 Outro

### POR QUE VOCÊ ESTÁ APELANDO?

Anexe os documentos que validam os seus motivos.

### OUTRAS INFORMAÇÕES (Marque todas as opções relevantes.)

- Durante o processo de apelação quero manter os benefícios que recebia antes. Se eu marcar esta opção e não tiver uma decisão favorável em relação à apelação, poderei ter de ressarcir o custo dos benefícios recebidos durante a apelação.
- Durante o processo de apelação, eu aceito a mudança proposta nos meus benefícios. Se eu marcar esta opção e tiver uma decisão favorável em relação à apelação, o MassHealth restabelecerá os benefícios originais.
- Opto pela resolução de pré-audiência (PHR). A PHR está disponível apenas para decisões sobre qualificação. Consulte o verso para obter mais detalhes.

### TIPO DE AUDIÊNCIA E ADAPTAÇÕES (Marque todas as opções relevantes.)

Quero que a audiência seja realizada

- Pessoalmente
- Por telefone. Meu telefone: \_\_\_\_\_
- Por vídeo. Meu e-mail: \_\_\_\_\_
- Preciso de serviços de interpretação. Meu idioma é \_\_\_\_\_  
(o MassHealth contratará um intérprete para a audiência sem custos adicionais.)
- Preciso de tecnologia assistiva para me comunicar na audiência. Descreva o tipo de tecnologia necessária, e ela será providenciada para a audiência.
- Preciso de outra adaptação devido a uma deficiência. Descreva a adaptação necessária.

### NOME DO REPRESENTANTE DA APELAÇÃO, SE HOUVER.

Nome do representante da apelação:	Telefone:	
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:

### ASSINATURA

As informações contidas neste formulário são verdadeiras e completas até onde eu saiba. Para os fins desta apelação, autorizo o MassHealth a enviar minhas informações individuais a mim e ao meu representante (se houver), inclusive as informações fiscais federais e estaduais, usadas para determinar se me qualifico.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome e sobrenome (letra de forma): \_\_\_\_\_

Se este formulário tiver sido assinado por uma pessoa diferente do recorrente, que tenha 18 anos ou mais, e que tenha autoridade para dar entrada em processos, anexe uma cópia da autoridade para protocolar a apelação em nome do recorrente. Pode ser uma cópia da procuração ou do comprovante do agendamento ao judiciário como representante pessoal.

## COMO PEDIR UMA AUDIÊNCIA JUSTA

**Seu direito de apelar** você tem o direito de pedir uma audiência perante um auditor imparcial de audiências e de apelar em relação a decisões tomadas pelo MassHealth nos seguintes casos:

1. Você discorda da decisão tomada pelo MassHealth; ou
2. O MassHealth não tomou providências em tempo razoável em relação ao seu pedido.

**Como apelar:** você pode dar entrada em um processo de qualquer uma das seguintes formas:

- Preencher este formulário de pedido de audiência e enviá-lo com uma cópia da notificação para a qual se está apelando ao  
**Board of Hearings  
Office of Medicaid  
100 Hancock Street, 6<sup>th</sup> floor  
Quincy, MA 02171**
- Enviar os materiais por fax normal ou eletrônico para o Conselho de Audiências (Board of Hearings), pelo telefone **(617) 887-8797**;
- Ligar para o Centro de atendimento ao cliente do MassHealth pelo telefone **(800) 841-2900, TDD/TTY: 711**, para preencher o pedido de uma audiência justa por telefone.

**Perguntas:** em caso de perguntas sobre a audiência, ligue para o Conselho de Audiências (617) 847-1200 ou (800) 655-0338.

**Restrições de tempo:** o Conselho de Audiências deverá receber seu pedido preenchido e assinado em 60 dias corridos, a partir da data da notificação da nossa ação. Se você não tiver recebido uma notificação por escrito da ação ou se o MassHealth não tiver tomado providência em relação ao seu pedido, você deverá protocolar o pedido no mais tardar em 120 dias corridos da data da providência ou do pedido.

**Resolução de pré-audiência (PHR):** esta opção aplica-se somente às apelações de qualificação. Você pode escolher esta opção se desejar resolver a questão antes da audiência justa formal. Se você selecionar a PHR, o MassHealth entrará em contato antes de marcar uma audiência justa. Em algumas situações, o Conselho de Audiências poderá marcar a sua audiência antes que o MassHealth entre em contato com você. Você pode selecionar a PHR para resolver questões de qualificação como informações de contato incorretas, envio de documentos ou renovação, explicação da verificação da renda ou uma decisão de qualificação. A opção de PHR não se aplica a decisões não relacionadas à qualificação.

**Audiência justa:** se uma questão não puder ser resolvida pela resolução de pré-audiência, o processo seguirá à audiência plena marcada pelo Conselho de Audiências. O auditor decidirá se as providências do MassHealth foram adequadas. Você será então notificado sobre a decisão.

**Audiência célere:** em casos limitados, poderá haver uma audiência célere. O Conselho de Audiências agendará automaticamente uma audiência célere, quando necessário.

**Se você estiver recebendo benefícios de saúde do MassHealth no momento:** você pode se qualificar para manter os benefícios entre o momento em que recorrer e o momento em que o Conselho de Audiências tomar a decisão de aprovar ou negar a apelação. Se você decidir manter os benefícios enquanto a apelação estiver pendente e, posteriormente, tiver uma decisão desfavorável em relação à apelação, poderá ter de pagar o custo dos benefícios recebidos. Se você não receber os benefícios e tiver uma decisão favorável em relação à apelação, o MassHealth restabelecerá seus benefícios. Você manterá os benefícios se o formulário da audiência for recebido antes de sua interrupção ou em dez dias corridos a partir da data que você receber a notificação do MassHealth, ou a data mais tardia. Marque a escolha na seção **Outras informações** do formulário.

**Data da audiência justa:** pelo menos dez dias antes da audiência, o Conselho de Audiências enviará uma notificação informando a data, a hora e o local da audiência, que poderá ser feita por telefone. Você pode pedir para remarcar a audiência, mas deverá ter boa causa. Se você não remarcar ou não comparecer pontualmente à audiência sem boa causa documentada, a apelação será indeferida.

**Seu direito receber assistência durante a audiência:** na audiência, você poderá ter um advogado ou outra pessoa que o represente, ou você mesmo pode se representar. O MassHealth não pagará para que ninguém o represente. Você poderá contratar serviços de assistência jurídica local ou de uma agência comunitária para receber assessoria ou representação sem custo. Um pedido de audiência também poderá ser protocolado por uma pessoa autorizada a agir em seu nome. Se alguém que não for advogado agir em seu nome, anexe uma cópia de qualquer documento que autorize essa pessoa a fazê-lo, como uma procuração, um documento de tutor ou uma procuração de assistência médica.

**Se você precisar de serviços de interpretação, tecnologia assistiva, ou outra adaptação:** se você não entender inglês ou se tiver deficiência auditiva ou visual, o MassHealth oferecerá um intérprete ou alguma tecnologia assistiva, sem custo adicional. Também faremos outras adaptações razoáveis para que uma pessoa com deficiência consiga participar da audiência. Informe o que é necessário na seção **Tipo de audiência e adaptações** do formulário.

**Seu direito de analisar o dossiê do seu caso:** você ou o seu representante poderá analisar o dossiê do seu caso antes da audiência. Se você quiser analisar o dossiê, ligue para o Centro de atendimento ao cliente do MassHealth pelo telefone (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

**Seu direito de pedir a intimação de testemunhas e o direito de interrogar:** você ou o seu representante poderá escrever para o Conselho de Audiências, pedindo que testemunhas ou documentos sejam intimados para a audiência. Você ou o seu representante poderá apresentar provas e fazer perguntas às testemunhas durante a audiência. O auditor tomará uma decisão com base em todas as provas apresentadas durante a audiência.

**Impacto em outros integrantes do agregado familiar:** a decisão de apelar em nome de um integrante do agregado familiar poderá mudar a qualificação de outros integrantes. Se isso acontecer, os integrantes afetados receberão uma nova notificação de qualificação explicando as mudanças.