

公平听证会申请表

请参阅背页有关如何要求召开公平听证会的说明。

名： _____ 中间名： _____ 姓： _____

邮寄地址： _____

城市： _____ 州： _____ 邮编： _____

电话号码： _____ 会员 ID： _____ 出生日期： _____

上诉理由 (请勾选任何适用的理由)

- 收入 公民或移民身份 享有其他保险 家庭人口 居住地 监禁状态
 其他

您为什么提出上诉？

请随附任何支持您的理由的文件。

其他信息 (请勾选所有适用的选项)

- 在上诉过程中,我希望保持我以前接受的福利。如果我勾选此行,但我的上诉失败,我可能需要偿还我在上诉期间接受的福利费用。
 在上诉过程中,我接受对我的福利提议的变更。如果我勾选此行并赢得上诉,MassHealth 将恢复我原来的福利水平。
 我选择听证前决议 (PHR)。PHR 仅限用于资格决定。请参阅背页的更多详细信息。

听证会和便利设施类型 (请勾选所有适用的选项)

我希望按照以下方式召开听证会：

- 亲自参加。
 打电话参加。我的电话号码是： _____
 通过视频参加。我的电子邮件是： _____
 我需要口译员。我的语言是 _____。MassHealth 将在听证会上免费提供口译员服务。
 我需要辅助设备在听证会上进行交流。请描述您需要的设备类型。我们将为听证会提供辅助设备。

- 我需要另一种残障便利设施。请描述您需要的便利设施。

上诉代表姓名(如有)

上诉代表姓名： _____ 电话号码： _____

邮寄地址： _____

城市： _____ 州： _____ 邮编： _____

签名

据我所知,本表中的信息真实准确。我就本上诉事宜授权 MassHealth 向我和我的代表(如有)提供我的个人信息,包括用于确定我的资格的联邦和州税务信息。

签名： _____ 日期： _____

姓名(用大写字母填写)： _____

如果这是由 18 岁或以上有权提出上诉的上诉人以外的人签名,请附上您代表上诉人提出上诉的授权复印件。范例包括您的授权书复印件或法院任命为个人代表的证据。

如何要求召开公平听证会

您的上诉权：在以下情况下，您有权要求由公正的听证官主持听证会，并对 MassHealth 采取的行动提出上诉：

1. 您不同意 MassHealth 采取的行动，或者
2. MassHealth 没有在合理的时间内对您的请求采取行动。

如何上诉：您可以通过以下任何一种方法提出上诉：

- 向以下机构提交本听证会申请表，并随附您提出上诉的通知副本：
Board of Hearings
Office of Medicaid
100 Hancock Street, 6th floor
Quincy, MA 02171
- 将这些资料用传真或电子传真发送给听证委员会，传真号码 (617) 887-8797。
- 电洽 MassHealth 客户服务中心，电话号码 (800) 841-2900, TDD/TTY: 711, 通过电话填写听证会申请表。

问题：如果您对听证会有任何疑问，请电洽听证委员会，电话号码 (617) 847-1200 或 (800) 655-0338。

时间限制：听证委员会必须在您收到我们的行动通知之日起 60 个日历日内收到您填妥和签名的申请表。如果您没有收到书面行动通知，或者 MassHealth 没有对您的申请采取行动，您必须在采取行动之日或申请日期起 120 个日历日内提交申请表。

听证前决议 (PHR)：该选择仅限用于资格上诉。如果您希望在举行正式公平听证会之前解决问题，您可以选择这个选项。如果您选择 PHR, MassHealth 将与您联系。在某些情况下，听证委员会可能在 MassHealth 与您联系之前安排举行公平听证会。您可以选择 PHR 解决与资格相关的问题，例如联系信息错误、提交缺失文件或续保、收入确认解释或资格决定。PHR 选择不能用于与资格不相关的决定。

公平听证会：如果通过听证前决议无法解决问题，您将参加听证委员会安排的完整听证会。听证官将决定 MassHealth 采取的行动是否适当。然后将决定通知您。

加急听证会：在有限的情况下，可以举行加急听证会。听证委员会将在需要时自动安排加急听证会。

如果您目前正在接受 MassHealth 福利：在您提出上诉和听证委员会作出批准或拒绝您的上诉决定期间，您可能没有资格保留您的福利。如果您决定在上诉待决期间保留您的福利，然后您的上诉失败，您可能需要偿还您接受的福利费用。如果您不在接受福利，然后您赢得上诉，MassHealth 将恢复您的福利。如果在福利停止前或在您收到 MassHealth 通知日期后的 10 个日历日内（以较晚日期为准）收到听证会表格，您将保留您的福利。请在表格的“**其他信息**”一节中标出您的选择。

公平听证会日期：至少在听证会召开前 10 天，听证委员会将向您发出通知，告诉您听证会的日期、时间和地点。您的听证会可能通过电话召开。您可以要求我们重新安排听证会，但您必须有正当的理由。如果您在没有书面正当理由的情况下没有重新安排或按时出席听证会，您的上诉将被撤销。

您在听证会上获得帮助的权利：在听证会上，您可以由律师或其他人代表您，或者您可以代表自己。MassHealth 不会为任何人代表您付费。您可以联系当地法律援助服务机构或社区机构，查看您是否可以免费获得咨询或代理。授权代表您行事的个人也可以代表您提出听证请求。如果由律师以外的其他人代表您，请随附授权该人士代表您提出听证请求的任何文件复印件，例如授权书、监护人或援引医疗保健委托书。

如果您需要口译员、辅助设备或其他便利设施：如果您不懂英语，或者您有听力或视力障碍，MassHealth 将在听证会上免费为您提供口译员或辅助设备。我们还将为残障人士提供参加听证会可能需要的其他合理便利设施。请在表格的“**听证会和便利设施类型**”一节中告诉我们您需要什么。

您审查您的个案档案的权利：您或您的代表可以在听证会召开前查看您的个案档案。如果您希望查看您的个案档案，请电洽 (800) 841-2900, TDD/TTY: 711。

您要求传唤证人和提问的权利：您或您的代表可以写信给听证委员会，要求传唤证人出席听证会或命令向听证会提交文件。您或您的代表可以在听证会上出示证据并盘问证人。听证官将根据听证会上提出的所有证据做出决定。

对其他家庭成员的影响：针对一名家庭成员的上诉决定可能会改变其他家庭成员的资格。如果出现这种情况，受影响的家庭成员将收到一份新资格通知，解释这些变化。