



Nombre del afiliado .....  
Nro. de ID de afiliado de MassHealth .....  
Fecha del aviso .....

## **Aviso de Determinación de elegibilidad clínica para recibir Servicios y Apoyos a Largo Plazo en la comunidad con subsidios del estado**

Se envía este aviso en respuesta a su solicitud para recibir *servicios y apoyos a largo plazo* (LTSS) en la comunidad. Para calificar, usted debe cumplir con los requisitos de elegibilidad clínica (médica) y de elegibilidad financiera. Este aviso se refiere a su elegibilidad clínica. Usted recibirá otro aviso sobre su elegibilidad financiera.

Para recibir LTSS en la comunidad, usted debe cumplir con los requisitos de nivel de cuidado establecidos para los servicios de centros de enfermería especializada. Se describen dichos requisitos en el reglamento de MassHealth en 130 CMR 456.409: *Requisitos de servicios para determinar elegibilidad médica*.

Para ver el reglamento de MassHealth, visite [www.mass.gov/masshealth-and-eohhs-regulations](http://www.mass.gov/masshealth-and-eohhs-regulations).

Si usted tiene preguntas sobre este aviso, puede comunicarse con Punto de Acceso a Servicios para Adultos Mayores (ASAP), ....., al .....

### **Evaluaciones de MassHealth**

Su evaluación más reciente para analizar si usted es elegible clínicamente para recibir LTSS en la comunidad fue realizada por ..... (ASAP) en nombre de MassHealth. Un profesional de enfermería de ASAP revisó esta evaluación según el reglamento de MassHealth en 130 CMR 456.409 y 519.000, y ha determinado lo siguiente basándose en dicha revisión.

- Usted **es** elegible clínicamente para recibir LTSS en la comunidad, vigentes a partir del ..... La continuidad de su elegibilidad está sujeta a revisiones periódicas.
- Usted sigue siendo elegible clínicamente para recibir LTSS en la comunidad. La continuidad de su elegibilidad está sujeta a revisiones periódicas.
- Usted **no** es elegible clínicamente para recibir LTSS en la comunidad, debido a que no cumple con los requisitos de nivel de cuidado, según lo estipulado en el reglamento de MassHealth en 130 CMR 519.000.

### **Derechos de apelación**

**Usted tiene el derecho de apelar esta decisión.** Por favor, consulte la información adjunta sobre su derecho de apelar por medio del proceso audiencia imparcial.