



The Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
www.mass.gov/masshealth

Solicitud de MassHealth para una EXENCIÓN DE UN PERÍODO DE INELEGIBILIDAD POR DIFICULTADES ECONÓMICAS

De conformidad con la ley federal y la guía de Medicaid, MassHealth puede eximir un período de inelegibilidad debido a una transferencia de recursos descalificatoria si ella le ocasionare al solicitante o afiliado dificultades económicas adversas que lo pongan en riesgo de sufrir privaciones graves. El solicitante o afiliado debe probar que se cumplen todas las circunstancias de 130 CMR 520.019(L). MassHealth puede eximir todo el período de inelegibilidad impuesto o una parte del período de inelegibilidad.

Si el solicitante o afiliado considera que la imposición de un período de inelegibilidad ocasionaría dificultades económicas adversas de conformidad con 520.019(L), debe enviar a MassHealth este formulario y toda la documentación probatoria dentro de los 15 días de la fecha del aviso con el que MassHealth le informó al solicitante o afiliado el período de inelegibilidad.

Información sobre el solicitante o afiliado

Nombre

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

ID de MassHealth o últimos 4 dígitos del SSN

Dirección del afiliado

Nombre del representante autorizado debidamente designado que declara en nombre del solicitante o afiliado (si corresponde)

Nombre del representante del centro de enfermería especializada que declara en nombre del interno del centro de enfermería especializada (si corresponde)

Proceso de presentación

Una solicitud de exención de un período de inelegibilidad por dificultades económicas debe realizarla el solicitante o afiliado, o su representante autorizado. Si el solicitante o afiliado está internado en un centro de enfermería especializada, el centro puede presentar una solicitud en nombre del interno con su expreso consentimiento escrito o el consentimiento de su representante autorizado.

Envíe este formulario completo y toda la documentación probatoria por correo postal o fax, dentro de los 15 días de la fecha del aviso con el que MassHealth le informó al solicitante o afiliado el período de inelegibilidad, a:

Centro de Inscripción de MassHealth (MEC)
PO Box 4405
Taunton, MA 02780-0968
Fax: (857) 323-8300

Reseña

MassHealth le comunicará la decisión al solicitante o afiliado por escrito. MassHealth enviará el aviso dentro de los 30 días calendario de recibida la solicitud por escrito o dentro de los 30 días de la decisión de la audiencia imparcial relacionada con el período de sanción por la transferencia descalificatoria, lo que ocurra último. MassHealth puede prolongar este período de 30 días en caso de necesitar más documentación o más información. También lo puede prolongar si resuelve que existen circunstancias atenuantes, según las determine MassHealth, que requieren más tiempo.

Si la exención de un período de inelegibilidad por dificultades económicas se rechaza, el solicitante o afiliado, o su representante autorizado debidamente designado, puede solicitar una audiencia imparcial. Si desea más información, consulte 130 CMR 610.000: MassHealth: Requisitos de audiencia imparcial.

Firma del solicitante o afiliado, o del representante que declara en su nombre

..... Fecha

Nombre en imprenta

Si el centro de enfermería especializada está solicitando la exención por dificultades económicas en nombre de uno de sus internos: El interno del centro de enfermería especializada o su representante autorizado debidamente designado debe estar de acuerdo y dar su consentimiento escrito para que el centro de enfermería especializada presente una solicitud de exención por dificultades económicas en nombre del interno del centro y lo represente en esta solicitud para una exención por dificultades económicas adversas.

Autorizo al representante del centro de enfermería especializada nombrado a continuación a que presente esta solicitud de exención de un período de inelegibilidad por dificultades económicas en nombre de

Nombre del representante del centro de enfermería especializada

Título o puesto del representante del centro de enfermería especializada

Nombre del centro de enfermería especializada

Dirección del centro de enfermería especializada

Firma del interno del centro de enfermería especializada o de su representante autorizado

..... Fecha

Nombre en imprenta