

AVISO DE EVALUACIÓN DE TRANSPORTE

Fecha de envío: _____

Estimado(a) _____

Su solicitud de _____ para asistencia con el transporte para
(Fecha)

[usuario(s) de Medicaid]

[usuario(s) de Medicaid]

para citas médicas y otros servicios cubiertos por Medicaid ha sido:

Aprobado de _____ **a** _____.

Por favor lea los documentos adjuntos para instrucciones sobre la solicitud de transporte, reglamentos de “no uso” y conducta.

Rechazado

Explicación: _____

DERECHOS DE AUDIENCIA: Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted tiene derecho a una audiencia para revisar la acción del condado. Llame a su trabajador al número provisto a continuación para pedir una audiencia no más tarde de 60 días. El día 60 es _____. Si usted no pide una audiencia antes de este día, usted no podrá tener una audiencia a menos que tenga una buena razón por la cual no pudo cumplir con la fecha límite. Usted podrá pedir transporte médico en cualquier momento.

Trabajador: _____

Número telefónico: _____

POR FAVOR CONTINÚE LEYENDO PARA OBTENER INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU DERECHO A UNA AUDIENCIA.

¿No está de acuerdo con la decisión? Usted puede pedir una audiencia.

Si usted piensa que nos hemos equivocado al rechazar su solicitud de transporte de citas médicas, usted tiene derecho a una audiencia. Usted deberá pedir esta audiencia dentro de los siguientes 60 días (o 90 días si usted tiene una buena razón por la tardanza). La audiencia será para cumplir y revisar su situación y proveerle con los servicios de transporte si la decisión sobre su solicitud fue errónea.

Contacte a su Departamento Local de Servicios Sociales para solicitar una audiencia. La audiencia local se llevará a cabo dentro de los 5 días después de su solicitud a menos que usted solicite que sea pospuesta. La audiencia puede ser pospuesta (por buenas razones), hasta 10 días calendario. Si usted piensa que la decisión de la audiencia local es errónea, contacte a su Departamento de Servicios Sociales DENTRO DE LOS 15 DÍAS después de recibir la decisión de la audiencia local para solicitar una audiencia estatal.

Usted tiene el derecho de ser representado.

Usted podrá tener a alguien que hable por usted en la audiencia, tal como un familiar, un asistente legal o abogado a quien usted deberá pagar sus honorarios. Servicios legales gratuitos podrán estar disponibles en su comunidad. Contacte a su Oficina de Servicios Legales más cercana, o llame al 1-866-219-5262 gratis.

¿Entiende sus derechos o tiene otras preguntas?

¿Entiende como obtener una audiencia? Si usted tiene cualquier pregunta, por favor contacte a su Departamento de Servicios Sociales lo más pronto posible.

También, usted podrá llamar al Centro de Servicio al Cliente del DHHS gratis al 1-800-662-7030 (inglés/español) o al 1-877-452-2514 (Nota: Este es un número TTY para personas con discapacidades auditivas). El centro de Servicio al Cliente del DHHS está abierto de 8:00 a.m. hasta las 5:00 p.m., lunes a viernes.

Usted también tiene responsabilidades.

1. Usted necesitará completar una evaluación de transporte en cada solicitud de Medicaid, renovación, o cuando usted tenga un cambio, para continuar recibiendo ayuda con el transporte.
2. Usted debe reportar todos los cambios (por ejemplo, cambios en ingresos o recursos, miembros en la familia en su casa, cambio de dirección) a su trabajador social de Medicaid en su Departamento de Servicios sociales dentro de 10 días del cambio. Si usted no sabe si un cambio es importante, pregunte a su trabajador social.