

Aviso de Suspensión de Transporte de *Medicaid*

Departamento de Servicios Sociales del Condado de _____ en Carolina del Norte

_____ Fecha

Nuestros archivos indican que usted no se presentó al servicio de transporte de Medicaid programado para las siguientes fechas. _____, _____, y _____.

Como beneficiario de los servicios de transporte de Medicaid, usted debe cumplir con la política de transporte de Medicaid en caso de no presentarse. La política de transporte de Medicaid en caso de no presentarse le fue explicada/entregada a usted el día _____, después de haber incurrido en su primer caso de no presentarse al servicio de transporte programado.

A usted se le explicó/entregó un Aviso Final el día _____ después de no presentarse por segunda vez al servicio de transporte programado informándole que a la siguiente ocasión de no presentarse al servicio de transporte programado sin tener un buen motivo resultaría en la suspensión de los servicios de transporte durante un período de treinta días.

El presente aviso es para informarle que los servicios de transporte de Medicaid han sido suspendidos del _____ hasta el _____. Es posible que usted aún solicite transporte para los siguientes servicios de importancia crítica _____ (no se aplica si el espacio se deja en blanco) durante este período de tiempo. Para servicios distintos a los que se indican arriba, puede llamar y solicitar que se proporcionen servicios de transporte de Medicaid después de _____.

Si usted está en desacuerdo con esta decisión o tiene un buen motivo para no haberse presentado al servicio de transporte programado, puede solicitar una apelación comunicándose con el Coordinador de Transporte llamando al _____.

Firma del trabajador de transporte

¿Está en desacuerdo con la decisión? Usted puede solicitar una audiencia.

Si piensa que nos equivocamos al negarle su solicitud de servicios de transporte médico, tiene derecho a una audiencia. Debe solicitar dicha audiencia dentro de 60 días (o bien, dentro de 90 días si tiene un buen motivo por la demora). Dicha audiencia es una reunión para revisar su situación y brindarle servicios de transporte si la decisión acerca de su solicitud estuvo equivocada.

Comuníquese con el Coordinador de Transporte del Departamento de Servicios Sociales del Condado al teléfono indicado en el reverso de este formulario y solicite una audiencia. Dentro de los siguientes 5 días de su solicitud se llevará a cabo una audiencia – a menos que usted solicite una postergación. La audiencia puede postergarse (por un buen motivo) hasta por 10 días calendario. Si usted piensa que la decisión de la audiencia local está equivocada, comuníquese con el Coordinador de Transporte del Departamento de Servicios Sociales del Condado **DENTRO DE 15 DÍAS** después de haber recibido la decisión de la audiencia local para solicitar una audiencia estatal.

Usted tiene el derecho a ser representado.

Es posible que haya alguien que hable por usted en su audiencia, por ejemplo, algún familiar, un asistente legal o un abogado contratado por su cuenta. Es posible que haya servicios legales gratuitos disponibles en su comunidad.

Comuníquese a la oficina de asistencia legal o de servicios legales más cercana a usted o bien, llame a la línea gratuita 1-866-219-5262.

¿Comprende sus derechos o tiene otras preguntas?

¿Comprende cómo obtener una audiencia? Si tiene cualquier pregunta, comuníquese con el Coordinador de Transporte del Departamento de Servicios Sociales del Condado a la brevedad posible.

Asimismo, puede llamar al Servicio de Atención al Consumidor del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) a la línea gratuita 1-800-662-7030 (inglés/español) o bien, al 1-877-452-2514 (Nota: esta es una línea telefónica de texto o sistema TTY que sólo se contesta para personas sordas o con problemas de audición). El Servicio de Atención al Consumidor de Departamento de Salud y Servicios Humanos está abierto de lunes a viernes de 8:00 a.m. hasta las 5:00 p.m.