

AVISO DE APROBACIÓN DE ASISTENCIA ESPECIAL

Departamento de Servicios Sociales del Condado _____ de Carolina del Norte

Nombre: _____

Fecha de envío: _____

DIRECCIÓN: _____

APROBACIONES

La solicitud de _____ para _____ es **aprobada**.

Su pago de Asistencia Especial Cuidado de Adultos de Asistencia Especial en El Hogar es: _____.

Mes: _____ Cantidad: _____

Mes: _____ Cantidad: _____

Elegibilidad de _____ para _____ se **recertifica** y **continúa** desde _____ hasta _____.

Su pago de Asistencia Especial Cuidado de Adultos de Asistencia Especial en El Hogar es: _____.

Se **aprueba** Medicaid (a través de Asistencia Especial) desde _____ hasta _____.

Medicaid cubre todos los servicios médicos necesarios. Si usted tiene Medicare por parte de la Administración del Seguro Social, entonces Medicaid pagará el premium de las partes A y B, deducible y el coseguro (coinsurance) a partir de: _____.

Su número de identificación de Medicaid (MID) es: _____.

Si usted recibe Medicare, Medicare es responsable por sus prescripciones.

Las regulaciones del Estado que se usan para tomar esta decisión están en _____, que dice:

_____.

NEGACIONES

Medicaid Asistencia Especial Cuidado de Adultos Asistencia Especial en El Hogar

se **le niega** desde _____ hasta _____ porque: _____

_____.

Las regulaciones del Estado que se usan para tomar esta decisión están en _____, que dice:

_____.

DERECHO A AUDIENCIAS: Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a una audiencia para revisar dicha decisión. Llame a su trabajador al número que aparece a continuación dentro de los 60 días para solicitar una audiencia. El día 60 es _____. Si no pide una audiencia para esta fecha, no podrá tener una a menos que tenga un buen motivo para no cumplir este plazo. Puede volver a postular a los beneficios en cualquier momento. Para proteger sus derechos, puede volver a presentar una solicitud Y pedir una audiencia.

ASISTENCIA LEGAL GRATUITA: Puede que tenga a su disposición ayuda jurídica gratuita. Comuníquese con la oficina de Ayuda Legal o de Servicios Legales más cercana o llame gratis al 1-866-219-5262.

Nombre del trabajador: _____

NC FAST Case ID# _____

Número de teléfono del trabajador: _____

Categoría de ayuda/programa: _____

DIRECCIÓN: _____

→ RECIBIRÁ UN AVISO CUANDO SEA EL MOMENTO DE REVISAR SI CUMPLE LOS REQUISITOS PARA CONTINUAR CON SUS ←
→ BENEFICIOS. ES IMPORTANTE COMPLETAR ESTE PROCESO PARA CONTINUAR CON SU COBERTURA DE BENEFICIOS. ←

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



¿Hay algún problema?

Usted puede solicitar una audiencia.

Si cree que estamos equivocados o si tiene información nueva, tiene derecho a una audiencia. Debe pedir esta audiencia en un plazo de 60 días (o 90 si tiene un buen motivo para demorarse). Esta audiencia es una reunión para revisar su caso y otorgarle los beneficios correctos si fue incorrecta. Puede llamar, escribir o enviar electrónicamente a su trabajador social una solicitud de audiencia. Se llevará a cabo una audiencia local dentro de los 5 días posteriores a su solicitud, a menos que solicite su aplazamiento. La audiencia puede aplazarse, por buenas razones, hasta por 15 días calendario. Luego, si considera que la decisión de la audiencia local es incorrecta, puede llamar, escribir o enviar electrónicamente. **DENTRO DE 15 DÍAS** calendario, se solicita una segunda audiencia. La segunda audiencia se realiza ante un funcionario de audiencias estatal.

Si considera que una audiencia regular podría poner en grave peligro su vida o salud, o podría amenazar su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su función plena, puede solicitar una audiencia acelerada. Esta se celebrará en un plazo de 3 días, a menos que solicite su aplazamiento. Deberá presentar documentación de una persona que conozca su situación (como un médico, enfermero o trabajador social) para respaldar su solicitud. Si no proporciona documentación, su apelación se tramitará según el procedimiento regular.

Si desea solicitar una audiencia sobre la determinación de una discapacidad médica, llame, escriba o envíe electrónicamente a su asistente social una solicitud de audiencia. No hay audiencias locales. Un funcionario de audiencias estatal realiza la audiencia de discapacidad médica. Si considera que una audiencia estándar podría poner en grave peligro su vida o salud, o podría amenazar su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su función máxima, puede solicitar una audiencia acelerada de discapacidad médica si cuenta con registros médicos (como un examen físico, resultados de laboratorio, etc.) que respalden su solicitud. Una nota médica que brinde una opinión sobre su salud sin la presentación de registros médicos de respaldo no es suficiente para justificar una audiencia imparcial acelerada. Si no proporciona registros médicos, su apelación se tramitará según el cronograma estándar.

¿Sabías que tienes derecho a ser representado?

Puede contar con alguien que hable por usted en su audiencia, como un familiar, un asistente legal o un abogado contratado a su propio costo. **Es posible que**

haya servicios legales gratuitos disponibles en su comunidad. Comuníquese con la oficina de Asistencia Legal o Servicios Legales más cercana o llame gratis al **1-866-219-5262**.

Si tiene alguna pregunta o inquietud adicional, comuníquese con su asistente social para obtener más información o llame al Centro de Atención al Cliente del DHHS, Servicio de Información y Referencias, al número gratuito 1888-245-0179. También está disponible el servicio de TDD/Voz para personas con discapacidad auditiva a través del Centro de Atención al Cliente del DHHS, al 1-888-835-5322. Su horario de atención es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

¿Sabías que tienes derecho a ver tu historial?

Si lo solicita, su asistente social le mostrará a usted (o a la persona que lo represente) su historial de beneficios antes de la audiencia. Si lo solicita, también podrá ver otra información que se utilizará en la audiencia. Puede obtener copias gratuitas de esta información. Es posible que vuelva a ver esta información en la audiencia.

¿Entiendes tus derechos?



¿Sabe cómo obtener una audiencia? Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su asistente social lo antes posible.

No olvide informar todos los cambios al departamento de servicios sociales de su condado dentro de los 5 días calendario para recibir Asistencia Especial. Si no sabe si un cambio es importante, consulte con su trabajador social. **Si no informa verazmente sobre la información y los cambios, podría ser culpable de un delito menor o mayor.** También es posible que usted sea responsable de **reembolsar cualquier beneficio recibido para el cual no era elegible.**

