

SU SOLICITUD DE BENEFICIOS HA SIDO RECHAZADA O RETIRADA

Fecha de envío por correo _____

Nombre _____

Dirección _____

Estamos procesando su solicitud. Por favor lea atentamente todas las páginas de este formulario para obtener información importante.

Su solicitud de _____ ha sido _____

porque: _____

Si esta casilla está marcada, recibirá una carta aparte sobre sus beneficios de Medicaid.

Las regulaciones estatales que requieren esta acción se encuentran en _____

Las personas que no son elegibles para Medicaid o NC Health Choice o que son elegibles para el programa de Medicaid al que no se considera de cobertura esencial mínima, pueden ser elegibles para asistencia al comprar su seguro a través del Marketplace Federal. La información para la solicitud debe ser enviada al Marketplace Federal usando una transferencia electrónica segura. Si es necesaria mayor información el Marketplace Federal se contactará con usted. Para más información visite Healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596.

DERECHOS DE AUDIENCIA: Si usted no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a una audiencia para revisarla. Comuníquese, dentro de un plazo máximo de 60 días, con el asistente social asignado a su caso llamando al número que se indica abajo para solicitar una audiencia. El día número 60 es _____. Si no solicita una audiencia hasta esta fecha, no se le puede conceder una audiencia, a menos que exista una causa que justifique el no haber cumplido con dicho plazo. Usted puede volver a solicitar beneficios en cualquier momento. Para proteger sus derechos, usted puede realizar AMBAS acciones: puede volver a solicitar beneficios Y puede solicitar una audiencia.

AYUDA LEGAL GRATUITA: Puede que se tengan disponibles servicios gratuitos de asistencia legal, para colaborar. Comuníquese con la oficina de asistencia legal o servicios legales más cercana o llame gratis al **1-866-219-5262**.

De acuerdo con la ley federal y las normas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por raza, color de la piel, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Nombre y número de teléfono del asistente social asignado _____

Dirección _____

FOR OFFICE USE ONLY:
County Case # _____
Case ID # _____
Aid Program/Category _____

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

Su derecho a una Audiencia: Si piensa que estamos equivocados, usted tiene hasta _____, que son 60 días para solicitar la Audiencia.



¿Llamar a trabajador del caso puede resolver el problema!

¿No fue a una cita o no envió un formulario u otra información?

Usted puede:

1. Llamar al asistente social asignado a su caso para reprogramar la cita o ver lo que se puede hacer.
2. Enviar el formulario u otra información inmediatamente. Recuerde que debe responder todas las preguntas. Recuerde que debe adjuntar comprobantes que prueben sus ingresos.
3. Llamar al asistente social asignado para ver lo que se puede hacer, si su caso ya ha sido cerrado.

¿No hizo algo que el asistente social asignado le pidió que hiciera? Puede llamar al asistente social encargado de su caso para explicarle la razón e intentar resolver el problema.

¿Cometió un error el asistente social?, o ¿ha cambiado su situación personal? Llame al asistente social encargado de su caso inmediatamente.



¿Todavía tiene problemas? Puede solicitar una audiencia.

Si piensa que nos equivocamos o tiene información nueva, usted tiene derecho a una audiencia. Debe solicitar dicha audiencia dentro de un plazo de 60 días (o 90 si existe una causa justificada para la demora). La audiencia es una reunión para revisar su caso y otorgarle los beneficios que le corresponden si es que existió un error. Llame, escriba o contacte a través de ePASS (Solo Medicaid) a su trabajador del caso para solicitar una audiencia. Se llevará a cabo una audiencia local dentro de un plazo de 5 días a partir de la fecha de su solicitud a menos que usted solicite que se posponga. La audiencia puede postergarse, por causas justificadas, hasta 10 días calendario. Luego que se lleve a cabo la audiencia, si usted cree que la decisión tomada en dicha audiencia local es incorrecta, llame o escriba a su trabajador del caso **DENTRO DE UN PLAZO DE 15 DÍAS** para solicitar una segunda audiencia. La segunda audiencia se llevará a cabo ante un funcionario estatal de audiencias.

Información de Audiencias de Medicaid de NC

Si usted cree que una Audiencia Regular puede poner en peligro su vida o su salud, o puede ser una amenaza para su habilidad para obtener, mantener o volver a obtener una función máxima, usted puede solicitar una Audiencia Acelerada (expeditad). Una Audiencia Acelerada se llevará a cabo dentro de un término de 3 días, a menos que usted pida que sea pospuesta. Se le requerirá que proporcione documentación de alguna persona que tenga conocimiento de su situación (tal como un doctor, enfermera o trabajador social) para fundamentar su petición. Si no puede proporcionar la documentación, su Audiencia se llevará a cabo en el día regularmente programado.

Si usted está solicitando una Audiencia acerca de una Determinación Medica por Discapacidad; llame, escriba, o contacte a su trabajador del paso a través de ePASS. En este caso no hay una Audiencia Local. Un Oficial Estatal de Audiencia llevará a cabo la Audiencia de Discapacidad. Si usted cree que una Audiencia Regular

puede poner en peligro su vida o su salud, o puede ser una amenaza para su habilidad para obtener, mantener o volver a obtener una función máxima, usted puede solicitar una Audiencia Acelerada (expedited) de Discapacidad si tiene los expedientes médicos (tales como examinación física, resultados de laboratorio, etc.) que corroboren su solicitud. Una nota del doctor dando opinión acerca de su salud, sin la presentación de los reportes médicos no es suficiente para justificar una Audiencia Acelerada. Si usted no proporciona los estudios médicos, su Audiencia se llevará a cabo en el día programado inicialmente.

¿Sabía que usted tiene derecho a que lo representen?

Usted puede pedir que alguna persona hable en su representación en su audiencia; por ejemplo, un pariente o un auxiliar jurídico o un abogado que usted contrate a su propio costo.

Puede que ser que haya ayuda legal gratuita disponible en su comunidad. Contacte a su Oficina de Servicios Legales más cercana o a la Línea de Ayuda Legal llamando al 1-800-219-5267, llamada gratuita.

Si tiene más preguntas o inquietudes, comuníquese con el asistente social asignado a su caso o llame gratis a la Línea de Servicio al Cliente del DHHS 1-800-662-7030. Se tiene también disponible el sistema TDD/Voz para atender a las personas con discapacidad auditiva. Las horas de servicios son de 8:00 am a 5:00 pm de lunes a viernes, excepto días festivos estatales.

¿Sabía que usted tiene derecho a ver su expediente?

A su solicitud, el asistente social asignado a su caso le mostrará a usted (o a la persona que le representará) su expediente de beneficios antes de su audiencia. A su solicitud, usted también puede ver cualquier otra información que será presentada en la audiencia. Usted puede recibir copias gratuitas de esta información. Usted puede volver a ver esta información durante su audiencia.

¿Comprende usted sus derechos?

¿Comprende cómo obtener una audiencia? Si usted tiene cualquier pregunta, por favor comuníquese con el asistente social asignado a su caso lo más pronto posible.

¡Cuidado con el fraude!



No olvide informar todos los cambios al Departamento de Servicios Sociales de su condado dentro de un plazo de 10 días calendario (5 días en casos de Asistencia Especial). Si no sabe si un cambio es importante, pregunte al asistente social encargado de su caso. Si no suministra la información y los cambios de forma veraz, usted puede ser hallado culpable de un delito menor o grave.

Aviso para los beneficiarios de Asistencia Familiar Work First cuyos beneficios han cesado:

A menos que usted solicite a la Oficina de Child Support (Manutención Infantil) que se suspendan los servicios, usted continuará recibéndolos. Si prefiere que se suspendan los servicios, pero dentro de un término de 30 días decide volver a solicitarlos, no se le cobrará la cuota requerida. Contacte a su Oficina de Servicios Sociales/Humanos para obtener el número al cual debe llamar.