

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL



Para saber cómo pedir una audiencia imparcial, consulte las instrucciones que están al dorso de este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ ID del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE SU APELACIÓN (Marque todos los motivos que correspondan.)

- Ingresos  Ciudadanía o estado inmigratorio  Acceso a otro seguro  Tamaño de la familia  Residencia  Estado de reclusión  
 Otro

### ¿POR QUÉ ESTÁ APELANDO?

Adjunte todos los documentos que respalden su motivo.

### OTRA INFORMACIÓN (Marque todo lo que corresponda.)

- Durante el proceso de apelación, deseo mantener los beneficios que recibía anteriormente. Si yo marcara esta casilla y luego perdiera la apelación, posiblemente deba reembolsar el costo de los beneficios que recibí durante el proceso de la apelación.
- Durante el proceso de apelación, acepto el cambio propuesto en mis beneficios. Si yo marcara esta casilla y luego ganara la apelación, MassHealth restaurará mis beneficios al nivel original.
- Elijo el acuerdo previo a la audiencia (PHR). (La opción de PHR está disponible solamente para las decisiones por elegibilidad. Para obtener más detalles, consulte el dorso de este formulario.)

### TIPO DE AUDIENCIA Y DE ACOMODACIONES (Marque todo lo que corresponda.)

Deseo que mi audiencia se realice de una de las siguientes maneras.

- Deseo que mi audiencia se realice en persona
- Deseo que mi audiencia se realice por teléfono. Mi número de teléfono es: \_\_\_\_\_
- Deseo que mi audiencia se realice por video. Mi correo electrónico es: \_\_\_\_\_
- Necesito un intérprete. Hablo \_\_\_\_\_ (MassHealth proveerá sin cargo un intérprete para la audiencia.)
- Necesito un dispositivo de escucha asistida para comunicarme en la audiencia. El tipo de dispositivo que necesito es \_\_\_\_\_ (Le proveeremos un dispositivo de escucha asistida para la audiencia.)
- Necesito otra acomodación debido a una discapacidad. El tipo de acomodación que necesito es \_\_\_\_\_

### NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARA LA APELACIÓN, SI LO TIENE

Nombre del representante de apelaciones: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### FIRMA

La información indicada en este formulario es verdadera y precisa a mi mejor saber y entender. A los fines de este proceso de apelación, autorizo a MassHealth a que nos proporcione a mí y a mi representante, de tenerlo, mi información personal, incluida la información de impuestos federales y estatales usada para determinar mi elegibilidad.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

(Si el este formulario es firmado por una persona que no sea un apelante mayor de 18 años, con la autoridad legal para presentarlo, adjunte una copia de su autorización legal para presentar la apelación en nombre del apelante. Los ejemplos incluyen una copia del poder notarial o pruebas de su nombramiento judicial como representante personal.)

## CÓMO PEDIR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

**Su derecho a apelar:** Usted tiene derecho a pedir una audiencia ante un funcionario de audiencias imparciales y a apelar una decisión tomada por MassHealth en cualquiera de los siguientes casos:

1. Usted no está de acuerdo con una decisión que tomó MassHealth.
2. MassHealth no respondió a su solicitud en un plazo razonable.

**Cómo apelar:** Usted puede presentar una apelación de una de las siguientes maneras:

- Completando este formulario de solicitud de audiencia y enviándolo junto con una copia del aviso que está apelando a la siguiente dirección.

### The Board of Hearings

#### Office of Medicaid

100 Hancock Street, 6<sup>th</sup> floor

Quincy, MA 02171

- Enviando estos materiales por fax o por eFax estos materiales a la Junta de Audiencias al **(617) 887-8797**
- Llamando al Centro de servicio al cliente de MassHealth al **(800) 841-2900, TDD/TTY: 711**, para completar su formulario de solicitud de audiencia imparcial por **teléfono**.
- Enviando estos materiales por correo electrónico a la Junta de Audiencias: **boh-fairhearingsrequest@mass.gov**.

**Si tiene preguntas:** Si tiene preguntas sobre su audiencia, comuníquese con la Junta de Audiencias al (617) 847-1200 o al (800) 655-0338, TDD/TTY (833) 591-0533

**Límite de tiempo:** La Junta de Audiencias debe recibir su solicitud completada y firmada antes de los 60 días calendario desde la fecha en que usted recibió el aviso de nuestra decisión. Si no recibió un aviso por escrito de la decisión o si MassHealth no tomó ninguna decisión respecto a su petición, usted debe presentar su solicitud antes de los 120 días calendario desde la fecha en que se tomó la decisión o desde la fecha de la solicitud.

**Resolución previa a la audiencia (PHR):** Esta opción solamente está disponible para las apelaciones por elegibilidad. Usted puede elegir esta opción, si desea resolver alguna cuestión antes de celebrar una audiencia imparcial formal. Si selecciona una PHR, MassHealth se comunicará con usted. En ciertas circunstancias, es posible que la Junta de Audiencias programe su audiencia antes de que MassHealth se comunique con usted. Puede seleccionar una PHR para resolver cuestiones relacionadas con la elegibilidad tales como tener información de contacto incorrecta, presentar documentos faltantes o de renovación, explicar la verificación de ingresos o resolver una decisión de elegibilidad. La opción de PHR está disponible solamente para las decisiones por elegibilidad.

**Audiencia imparcial:** Si no se puede resolver un asunto mediante una resolución previa a la audiencia, pasará a una audiencia formal programada por la Junta de Audiencias. Un funcionario de audiencias decidirá si las medidas tomadas por MassHealth fueron las adecuadas. Se le notificará de dicha decisión.

**Audiencia acelerada:** En muy pocos casos, es posible que se dé una audiencia acelerada. La Junta de Audiencias automáticamente programará una audiencia acelerada cuando sea necesario.

**Si ya está recibiendo ahora beneficios de MassHealth:** Es posible que sea elegible para mantener sus beneficios entre el momento en que apeló y el momento en que la Junta de Audiencias tome una decisión para aprobar o denegar su apelación. Si usted decide mantener sus beneficios mientras la apelación está pendiente y luego pierde su apelación, es posible que usted deba reembolsar el costo de los beneficios que recibió. Si no obtiene los beneficios y luego usted gana su apelación, MassHealth restaurará sus beneficios. Usted mantendrá sus beneficios si el formulario de audiencia es recibido antes de suspender sus beneficios o dentro de los 10 días calendario desde la fecha en que recibió el aviso de MassHealth, o la fecha que sea posterior. Por favor marque su selección en la sección Otra información del formulario.

**Fecha de la audiencia imparcial:** Al menos 10 días antes de la fecha de la audiencia, la Junta de Audiencias le enviará un aviso informándole de la fecha, la hora y el lugar de su audiencia. Es posible que la audiencia se realice por teléfono. Puede solicitar reprogramar una audiencia, pero debe tener un motivo justificado. Si usted no reprograma una audiencia o no se presenta a la misma puntualmente y sin un motivo justificado debidamente documentado, se desestimarán su apelación.

**Su derecho a recibir asistencia en la audiencia:** Durante la audiencia, puede tener un abogado u otra persona que lo represente o puede representarse usted mismo. MassHealth no le pagará a nadie para que lo represente. Puede comunicarse con un servicio de asistencia legal local o una agencia comunitaria para tratar de obtener asesoramiento o representación sin cargo. También se puede presentar una solicitud de audiencia en su nombre por una persona autorizada a representarlo. Si la persona que actúa en su nombre no es un abogado, por favor adjunte una copia de los documentos que autorizan a dicha persona a representarlo, tal como un poder notarial, un tutor o la invocación de un apoderado para tomar decisiones médicas (*proxy*).

**Si necesita un intérprete, un dispositivo de escucha asistida u otra acomodación:** Si no entiende inglés o si tiene dificultades de audición o de la vista, MassHealth le proporcionará un intérprete o un dispositivo de escucha asistida durante la audiencia sin cargo. También le proporcionaremos otras acomodaciones razonables que una persona con una discapacidad pudiera necesitar para participar en la audiencia. Por favor díganos lo que necesita en la sección Tipo de audiencia y de acomodaciones del formulario.

**Su derecho a examinar el expediente de su caso:** Usted o su representante podrán examinar el expediente de su caso antes de la audiencia. Si desear revisar el expediente del caso, llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth **(800) 841-2900, TDD/TTY: 711**.

**Su derecho a pedir que se citen testigos y su derecho a interrogarlos:** Usted o su representante podrían solicitar a la Junta de Audiencias por escrito que se citen testigos o se presenten documentos en la audiencia. Usted o su representante podrán presentar pruebas y hacer preguntas a los testigos durante la audiencia. El funcionario de audiencias tomará una decisión según todas las pruebas presentadas en la audiencia.

**Efecto en los otros integrantes del hogar:** La decisión de una apelación respecto a un integrante de su hogar podría cambiar la elegibilidad de los demás integrantes del hogar. En ese caso, los integrantes del hogar que sean afectados recibirán un nuevo aviso de elegibilidad, explicándoles los cambios.