Formulario de solicitud de una audiencia estatal imparcial

Nombre:_____ Fecha de nacimiento:_____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal:_____

Teléfono: _____ Correo electrónico:_____

¿Nos autoriza a comunicarnos con usted por correo electrónico?

☐ Sí ☐ No

Proporcione el número de su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal o su número de Seguro Social, o ambos, si los tiene:

_____

Solicito una audiencia estatal imparcial debido a una acción del Programa de Servicios Multipropósito para Personas Mayores (MSSP) relacionada con lo siguiente:

☐ Suspensión ☐ Negación ☐ Reducción

El motivo de mi solicitud es:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(Si necesita más espacio, use otra hoja de papel y adjúntela a esta).

Nombre del centro de MSSP:

_____

He apelado el caso ante el centro de MSSP: ☐ No ☐ Sí
¿En qué fecha? _____

El sitio web de MSSP respondió a la apelación: ☐ No ☐ Sí
¿En qué fecha? _____

SOLICITUD DE ADAPTACIONES ESPECIALES

(Complete esta sección solo si corresponde a su situación)
Necesito lo siguiente para mi audiencia:

☐ **Necesito una audiencia acelerada porque mi situación es urgente.** Mi caso debe resolverse con mucha rapidez y no puedo esperar hasta 90 días. Esto es lo que sucederá si no se toma una decisión con rapidez:

☐ **Continuación de los servicios/ayuda pagada mientras se toma una decisión: Por favor, continúen prestándome mis servicios** hasta que el juez decida mi caso. (Describa los servicios que desea que continúen e indique la fecha en que el centro de MSSP los suspendió o tiene previsto suspenderlos):

☐ **Quiero un intérprete gratuito.** Hablo un idioma que no es inglés y necesito un intérprete para mi audiencia. (El Estado le proporcionará un intérprete sin costo alguno).

Idioma/Dialecto:_____

☐ **Tengo una discapacidad y deseo una adaptación razonable** que me ayude a participar en mi audiencia. La adaptación que deseo es:

☐ **Quiero que otra persona hable en mi nombre (me represente) en la audiencia.** Esta persona puede consultar mis expedientes médicos relacionados con esta audiencia y asistir a ella. La persona que he elegido para que hable en mi nombre es:

Nombre:_____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Mi firma:_____ Fecha:_____

ENVÍE ESTE FORMULARIO JUNTO CON UNA COPIA DE LA CARTA (AVISO DE ACCIÓN) QUE RECIBIÓ DEL LOCAL DE MSSP, SI LA TIENE. (SI DESEA CONSERVAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO, HÁGALE UNA COPIA ANTES DE ENVIARLO).

La información que proporcione en este formulario es necesaria para tramitar su solicitud de audiencia. La tramitación podría demorarse si su solicitud está incompleta. El jefe de árbitros abrirá un expediente para el caso. Tiene derecho a examinar los documentos que integran el expediente y puede hacerlo comunicándose con la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público. La información que proporcione podrá compartirse con la oficina de MSSP y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.