



SOLICITUD DE APELACIÓN PARA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO INDIVIDUAL/FAMILIAR

Si usted no está conforme con las acciones tomadas en relación con otro programa de la Administración de Seguridad Económica (ESA, por sus siglas en inglés), como la Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), Cupones de Alimentos, Cuenta de Desarrollo Individual (IDA, por sus siglas en inglés), etc., debe utilizar otro formulario o llamar al número telefónico que aparece al final de este formulario.

NOMBRE (Apelante): _____ **FECHA:** _____

NÚMERO TELEFÓNICO: _____

DIRECCIÓN: _____ **Dirección de correo (si es diferente)**

Sección 1 Solicito una audiencia porque estoy en desacuerdo con las siguientes acciones: (marque todas las que correspondan)

Departamento de Servicios Humanos	Intercambio Autorizado de Beneficios de Salud
a) <input type="checkbox"/> Negación de Medicaid	a) <input type="checkbox"/> Periodo Especial de Inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) si su solicitud fue negada
b) <input type="checkbox"/> Cancelación de Medicaid	b) <input type="checkbox"/> Restablecimiento de una Aplicación Negada (Plan de Salud Privado)
	c) <input type="checkbox"/> Fecha de Vigencia (fecha de emisión) Cambio de una Aplicación Negada
	d) <input type="checkbox"/> Fecha de Terminación Voluntaria (fecha de vencimiento) Negación
	e) <input type="checkbox"/> Crédito de Impuestos (APTC por sus siglas en inglés) Negación o estimado
	f) <input type="checkbox"/> Reducción del Costo Subsidiado (CSR) Negación o estimado
	g) <input type="checkbox"/> Negación de la Inscripción (Plan Privado de Salud a través de <i>DC Health Link</i>)

Sección 2 ¿Cómo desearía que cambie la decisión de la agencia? _____

Sección 3 ¿Está apelando la determinación de beneficios de otras personas en su familia? Si es así, incluya sus nombres aquí: _____

Sección 4: solo para casos de APTC/CSR [NO USE ESTA SECCIÓN PARA SOLICITAR UNA REVISIÓN DE MEDICAID]

¿Qué monto de APTC le aprobaron? \$ _____ máximo por mes (Marque si el monto es cero):

¿Qué porcentaje de CRS le aprobaron? _____% (Marque si el porcentaje es cero):

Marque esta casilla si quiere recibir APTC/CSR mientras su apelación está pendiente.

(TURN SHEET OVER)

NOTA: Si usted marca esta opción y en el resultado de su apelación se determina que usted es elegible para un monto menor de prima de crédito fiscal o no es elegible para una prima de crédito fiscal, el monto que recibió mientras su apelación estaba pendiente podría llevar a que usted deba más impuestos federales o podría reducir el reembolso que usted hubiera recibido.

Sección 5: necesidades especiales (OPCIONAL)

Marque los servicios especiales que usted necesitaría para poder participar en la audiencia:

- Necesito un intérprete.
 - o ¿En qué idioma? _____

- Necesito participar en esta audiencia por teléfono por la siguiente razón(es) _____

 - o ¿A qué número telefónico debemos llamar a fin de contactarlo para la audiencia? _____

- Necesito otro servicio.
 - o ¿Qué tipo de servicio necesita? _____

SOLICITUD URGENTE/DE EMERGENCIA

Marque esta casilla si su vida, su salud o su habilidad para lograr, mantener o recuperar la función corporal máxima están actualmente en peligro debido a que tiene una necesidad inmediata de recibir servicios de atención médica. ***Si este es el caso, usted debe adjuntar documentación (como una nota de un médico) que explique la necesidad inmediata. Si usted no presenta dicha documentación, su apelación será gestionada de acuerdo al cronograma estándar.***

Sección 6: información de contacto

Abogado/Representante (si existiese):

Persona que prepara la solicitud (si no es el solicitante):

Nombre: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Oficina/Centro (si es del DHS): _____

Número de teléfono: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Número de teléfono: _____

Firmo esta solicitud de apelación bajo pena de perjurio, lo cual significa que he brindado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario a mi leal saber y entender. Sé que la realización de una declaración falsa en este formulario es un delito sancionable bajo el Código Oficial de D.C. § 22-2405. También doy fe que tengo el permiso de todas las personas enumeradas en la Sección 3 para presentar una solicitud de apelación de elegibilidad en su nombre.

Firma: _____ **Fecha:** _____

ENVÍE MEDIANTE CORREO POSTAL DE EE. UU., CORREO ELECTRÓNICO O FAX A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Office of Administrative Review and Appeals
64 New York Avenue NE, 5th Floor
Washington DC 20002

CORREO ELECTRÓNICO: DC.OARA@DC.GOV
FAX: (202) 724-2041
TELÉFONO: (202) 698-3907