

SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Para La Exención para Bebés, Niños y Familias

TO: Office of Child Development and Early Learning
Bureau of Early Intervention Services and Family Supports
607 South Drive
4th Floor Rotunda
Harrisburg, PA 17120

CC: Nombre del Programa MH/ID del Condado: _____
(Especifique)

Por la presente solicito una oportunidad para una audiencia imparcial ante el Departamento de Servicios Humanos, Oficina de Audiencias y Apelaciones. Entiendo que, independientemente de si puedo presentar esta solicitud, mi hijo tiene derecho a recibir los servicios autorizados en el IFSP, y que esos servicios serán financiados por ingresos que no pertenecen a la exención, incluyendo Asistencia Médica, si mi hijo sigue reuniendo las condiciones para recibir Asistencia Médica.

NOMBRE DEL BEBÉ O NIÑO RECEPTOR DE LOS SERVICIOS:
NÚMERO DE ACCESO DEL BEBÉ O NIÑO:
Nombre de la persona/Representante legal
(Dirección) (Teléfono de día)
APELO LA ACCIÓN SIGUIENTE:

Por favor, marque uno de las siguientes opciones para indicar el tipo de audiencia que desea:

- Quiero una audiencia telefónica.**
 Quiero una audiencia cara a cara.

Por favor, indique si necesita un intérprete u otra adaptación, y qué tipo de intérprete o adaptación necesita.

- Necesito un intérprete o las siguientes adaptaciones:**

--

(Firma)

(Fecha)

SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Para La Exención para Bebés, Niños y Familias

Información Acerca de Audiencias y Apelaciones

Las familias de los bebés y niños pequeños con discapacidades graves tienen derecho a la información, la elección y los servicios bajo la Exención de Medicaid para Bebés, Niños y Familias.

Para conocer más sobre la exención y sus derechos, por favor comuníquese con su coordinador de servicios.

Si desea presentar una apelación, por favor complete el formulario HS 457 A y consulte la siguiente información:

1. El oficial de audiencias le notificará de la fecha de la audiencia.
2. Usted puede tener una audiencia por teléfono o cara a cara. Por favor, complete esta sección del formulario para expresar sus preferencias.
3. Si usted no tiene un teléfono, usted puede hacer las adaptaciones necesarias para utilizar un teléfono del Programa MH/ID del Condado o de un amigo, pariente o vecino.
4. No se le concederá una audiencia si la causa de la apelación es exclusivamente un reglamento o política de la ley estatal o federal, que requiere un cambio en el tipo de servicios disponibles para el bebé o niño pequeño.
5. En una audiencia, usted tendrá la oportunidad de declarar ante el oficial de audiencias, presentar pruebas y proporcionar un testigo para apoyar su apelación.
6. Usted puede representarse a sí mismo en una audiencia, o tener a cualquier otra persona para representarlo.
7. Usted puede tener un intérprete u otra adaptación que necesite. Asegúrese de indicar lo que necesita en la forma HS 457 A-S.
8. Usted tiene el derecho a una conferencia con el Programa MH/ID del Condado para discutir sus inquietudes antes de presentar su apelación y antes de iniciar su apelación, si se comunica con su coordinador de servicios dentro de los 10 días siguientes a la notificación de la decisión. Si usted no está satisfecho con los resultados de esta conferencia, usted conserva su derecho a una audiencia imparcial ante el departamento, si usted presenta su apelación dentro de los 10 días siguientes a su reunión con el programa MH/ID del condado.
9. Su apelación debe ser presentada dentro de los 30 días siguientes a la decisión o acción tomadas. Si usted está apelando una decisión de reducir, suspender o terminar la elegibilidad para los servicios financiados por la exención, usted debe presentar su apelación dentro de 10 días para los servicios financiados por la exención o elegibilidad para continuar la espera de la decisión de la apelación.

SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Para La Exención para Bebés, Niños y Familias



AVISO DE OPORTUNIDAD PARA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Exención de Medicaid para Bebés, Niños y Familias

PARA: Miembro de la familia

Usted tiene el derecho a recibir una apelación y una audiencia justa ante el Departamento de Servicios Humanos, Oficina de Audiencias y Apelaciones, si es probable que su hijo necesite el nivel de atención especificado en la Exención de Medicaid para Bebés, Niños y Familias del Departamento.

Usted tiene el derecho a recibir una apelación y una audiencia justa si ha ocurrido alguna de las siguientes situaciones:

1. Usted no recibió información sobre la exención, incluyendo la información sobre cómo inscribirse.
2. Usted no recibió la opción de tener una determinación del nivel de atención de su hijo.
3. Usted no tuvo la opción de recibir servicios IFSP financiados por la exención o ICF/ID/ORC.
4. Se le han negado los servicios IFSP de su elección, financiados por la exención.
5. Se le ha negado un proveedor de su elección, financiado por la exención, o usted no está satisfecho con la decisión de denegar, suspender, reducir o terminar los servicios IFSP para su hijo que son financiados por la exención de Medicare.

Si usted desea presentar una apelación, por favor consulte las instrucciones adicionales al reverso de este formulario, y llene y envíe el formulario adjunto HS 457 A-S a:

Office of Child Development and Early Learning
Bureau of Early Intervention and Family Supports
607 South Drive
4th Floor Rotunda
Harrisburg, PA 17120
Teléfono: (717) 346-9320 | Número de fax: (717) 346-9330

NOTA: Si los servicios están autorizados en el IFSP actual del niño, la familia **no necesita apelar** para preservar esos servicios.

AVISO: Su apelación **debe ser presentada dentro de los 30 días siguientes de su notificación** de la decisión o acción. Si usted está apelando una decisión de reducir, suspender o terminar la elegibilidad o los servicios financiados por la exención, usted **debe presentar su apelación dentro de 10 días siguientes para que su elegibilidad para recibir servicios financiados por la exención continúe**, en espera de la decisión de la apelación.