



STATE OF RHODE ISLAND

P.O. BOX 8709

CRANSTON, RI 02920-8787

DERECHOS DE APELAR

Usted puede tener el DERECHO de apelar y tener una Audiencia Administrativa Imparcial si no está de acuerdo con alguna de nuestras decisiones. Puede:

1. Llamarnos para discutir una decisión concerniente a sus beneficios. Comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece en la parte superior de la primera página de este aviso. Cuando llame, no olvide tener a mano este aviso y el número del caso o de identificación.
2. Apelar en una Audiencia Administrativa Imparcial. Una apelación es una solicitud formal de que se convoque una audiencia administrativa para revisar una decisión. Si quiere más información, por favor lea la sección sobre su derecho a tener una Audiencia Administrativa Imparcial.

¿Qué es una audiencia imparcial?

Una audiencia imparcial es la oportunidad de decirle a un funcionario de audiencias administrativas por qué usted está en desacuerdo con una decisión de la agencia acerca de su elegibilidad, sus beneficios o sus costos. En la audiencia también participa un representante de la agencia para explicar las razones por las cuales la agencia tomó esa decisión. El funcionario administrativo tiene la obligación legal de estudiar objetiva e imparcialmente los hechos del caso expuestos por ambas partes.

Plazos tope para la presentación de apelaciones y solicitudes de audiencia administrativa

El cuadro de abajo señala los plazos tope para presentar las apelaciones según cada programa. En algunos programas, usted puede continuar recibiendo los beneficios o servicios hasta que se tome una decisión en la audiencia, si presenta la apelación dentro del plazo tope indicado en el cuadro. Si no la presenta en dicho plazo, podría perder su derecho a apelar. Después de que usted presente la apelación, fijaremos la fecha para la audiencia y emitiremos una decisión en los 90 o 60 días siguientes, si la audiencia se relaciona con beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). En el caso de apelaciones correspondientes a HealthSource RI, la decisión se emitirá en los 90 días siguientes a la fecha de recepción de la solicitud de apelación, si es factible administrativamente.

Programa	Debe presentar la apelación en los:	¿Seguirá recibiendo los beneficios ("asistencia pendiente") si apela en los 10 días siguientes al aviso?
Medicaid	30 días siguientes a la fecha del aviso + 5 días para envío postal	Sí, continuará recibiendo los beneficios automáticamente a menos que usted nos indique lo contrario.
SNAP	90 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Sí, continuará recibiendo los beneficios automáticamente a menos que usted nos indique lo contrario.

CCAP	30 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Podría recibir menos beneficios hasta que se llegue a una decisión en la audiencia.
GPA	10 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Sí, pero debe hacer la solicitud por escrito.
Seguro médico privado	30 días siguientes a la fecha del aviso + 5 días para envío postal	Debe llamar a HealthSource RI en los 30 días siguientes al aviso, para solicitar "asistencia pendiente".
Todos los demás programas	30 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Sí.

Apelaciones aceleradas

Tiene derecho a una apelación acelerada si tiene una necesidad inmediata de servicios de salud o beneficios de SNAP y si el hecho de esperar una apelación de tiempo estándar podría poner en peligro seriamente su vida o su salud, o la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la máxima función. Debemos decidir iniciar las apelaciones aceleradas tan pronto como sea posible, dadas las circunstancias. Si rechazamos su solicitud de una apelación acelerada, le informaremos rápidamente y manejaremos su apelación a través de nuestro proceso habitual.

El derecho a continuar recibiendo beneficios mientras espera la audiencia

Usted podría tener el derecho a continuar recibiendo los beneficios sin ningún cambio mientras espera a que se realice la audiencia (esto se conoce como período de "asistencia pendiente"). Si usted apela en los siguientes 10 días, obtendrá automáticamente "asistencia pendiente" en la mayoría de los casos, pero no si tiene seguro médico privado a través de HealthSource RI. Para Medicaid y HealthSource RI, asumiremos que usted recibió el aviso 5 días después de la fecha del aviso a menos que demuestre lo contrario.

Si tiene Medicaid y recibe asistencia pendiente, y luego pierde la apelación, el Estado podría cobrarle sus costos por brindarle los beneficios o servicios durante el período de asistencia pendiente. En el caso de HealthSource RI, la asistencia pendiente está disponible solamente si se apela una redeterminación de elegibilidad en los 30 días siguientes a la fecha de la solicitud de apelación, y dicha solicitud se hace por vía telefónica a HealthSource RI al 1-855-840-HSRI (4774). Si usted recibe créditos tributarios para ayudar a pagar sus primas y recibe asistencia pendiente, y luego pierde la apelación, podría deber más dinero en su pago de impuestos federales del siguiente año. Si paga primas mensuales, aún podría tener que pagarlas durante el período de asistencia pendiente.

Si recibe beneficios de SNAP, RIW o GPA y también recibe la Ayuda Pendiente, y luego pierde su apelación, puede que tenga que pagar los beneficios que recibió, pero a los que no tuvo derecho, durante este período.

Derecho a representarse a sí mismo y derecho a ser representado

Usted tiene derecho a representarse a sí mismo en la audiencia, o ser representado por cualquier persona que usted elija, incluyendo un fiscal, abogado, amigo o pariente.

Se puede obtener asesoramiento legal de Rhode Island Legal Services, Inc. por el número 274-2652 o 1-800-662-5034. Si elige tener representación legal, el representante debe presentar una Notificación de Comparecencia escrita ante la Oficina de Audiencias en la audiencia o antes de ella. La Notificación de Comparecencia actúa como un comunicado de información confidencial que permite que el representante legal tenga acceso al expediente de la Agencia. También es necesario que la Oficina de Audiencias confirme la representación con fines de seguimiento, revisión, solicitud de continuación, etc.

La elegibilidad de otros miembros del hogar puede verse afectada
Nuestra decisión de apelación puede resultar en cambios en la elegibilidad de otro miembro de su hogar.

Acceso al expediente de su caso

Usted tiene derecho a ver el expediente de su caso, incluyendo cualquier evidencia que el Estado usará en su audiencia. Para ver este expediente, llámenos al número 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Si apela una medida tomada por HealthSource RI, puede solicitar una copia de su expediente por el número 1-855-840-HSRI (4774).

Resolución informal

Podemos arreglar su problema rápidamente sin una audiencia. Por favor, llame al número 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) para que podamos revisar su caso de manera informal. Si apela una medida tomada por HealthSource RI, puede comunicarse con HealthSource RI al número 1-855-840-HSRI (4774) para solicitar una revisión informal de su apelación. Nos pondremos en contacto con usted en un esfuerzo para resolver su apelación informalmente. Su derecho a una audiencia no se verá afectado por los esfuerzos para resolver su problema de esta manera.

FORMULARIO DE APELACIÓN

Proceso de solicitud de apelación

Puede solicitar una apelación de cualquiera de las formas que se indican a continuación. Si envía este formulario, el estado realizará una revisión de su caso para intentar resolver el problema.

- En línea. Inicie sesión en su cuenta de <https://healthyrhode.ri.gov> y haga clic en "presentar una apelación."
 - Por teléfono. Puede presentar una apelación sobre Medicaid y cobertura de atención médica privada a través de HealthSource RI llamando a HealthSource RI al 1-855-840-4774. Para realizar preguntas sobre la presentación de apelaciones sobre programas de servicios humanos como SNAP, RIW, Child Care (cuidado infantil), GPA o SSP, llame al Departamento de Servicios Humanos al 1-855-840-4774.
 - En persona. Para ser atendido personalmente, visite www.dhs.ri.gov para consultar la ubicación de las oficinas.
 - Por correo. Complete este formulario y envíelo a: ATN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787
-

Nombre (requerido): _____

Fecha de nacimiento (requerido): _____

Número de cuenta: (como figura en la parte superior de la notificación): _____

Dirección (requerido): _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

¿Necesita ayuda para hablar, leer o escribir en inglés? Sí No:

Si responde sí, ¿cuál es su idioma principal? _____

Método de contacto preferido (marcar con un círculo): correo electrónico / correo postal

Marque los motivos de su apelación:

Cobertura de atención médica:

Servicios humanos:

_____ Medicaid	_____ SNAP	_____ GPA
_____ Plano privado - HealthSource RI	_____ RIW	_____ CUIDADO INFANTIL
_____ Ambos / no estoy seguro	_____ SSP	
_____ Otro (especificar)	_____	_____

Por favor, explique el motivo de su apelación:

¿Necesita servicios de salud importantes o beneficios del SNAP en forma inmediata? En ese caso, ¿quiere presentar una apelación urgente? Sí No:

Si la respuesta es sí, explique los problemas:

ENTIENDO QUE SI LA DECISIÓN DE LA AUDIENCIA NO ES A MI FAVOR, DEBERÉ REEMBOLSAR TODOS LOS BENEFICIOS DEL SNAP Y DE ASISTENCIA PARA LOS QUE SE DETERMINE QUE NO SOY ELEGIBLE.

Marque este casillero si alguien le ayudará a presentar la apelación o actuará como su propio representante durante el proceso de apelación. El representante puede ser un abogado, amigo o familiar. Proporcione la información de contacto de esta persona:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

¿Desea que su cobertura y sus beneficios continúen sin cambios mientras espera una decisión de la audiencia? Sí No:

Firma _____

Fecha _____

(Beneficiario)

A SER COMPLETADO POR LA AGENCIA SOLAMENTE:

EL MOTIVO DE LA APELACIÓN ES: _____ RIW _____ MEDICAID _____ GPA
_____ SNAP _____ PLAN DE SALUD PRIVADO _____ CUIDADO INFANTIL
_____ OTRO _____

Indicar referencia específica de manual de políticas artículo(s) _____

Respuesta de la agencia a la apelación/explicación: _____

Representante de la agencia (Firma) _____ Supervisor (firma) _____

(Nombre en letra de imprenta) _____ (Nombre en letra de imprenta) _____

Oficina local
