

SOLICITUD DE UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

- **Si no está de acuerdo con la denegación, reducción, suspensión o finalización del servicio por parte de LIBERTY, puede solicitar una audiencia imparcial.** Una audiencia imparcial le permite a usted y a LIBERTY brindar información sobre su situación a un Funcionario de Audiencias. El Funcionario de Audiencias es una parte neutral que toma una decisión sobre su apelación. No hay cargo alguno por solicitar una audiencia imparcial.
- **Medicaid debe recibir su solicitud dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha de notificación.**
- **Puede representarse a sí mismo o contar con la ayuda de otro adulto.** Dicho adulto puede ser un amigo, un familiar o un abogado. Medicaid ha proporcionado los nombres de algunas agencias que pueden ayudarlo. (Consultar más adelante).
- **La solicitud de una audiencia imparcial debe incluir la siguiente información:** (1) su nombre, dirección, número de teléfono, (2) número de Medicaid; y (3) si alguien lo está ayudando, el nombre, número de teléfono y dirección del adulto que lo ayudará (el “representante autorizado”). Debe firmar la solicitud a menos que no pueda hacerlo debido a alguna discapacidad. Puede usar el formulario adjunto para solicitar una audiencia imparcial.
- **Si desea que sus servicios permanezcan igual durante el proceso de audiencia imparcial, usted debe: 1) solicitar una audiencia en un lapso no mayor a 10 días calendario después de la Fecha de Acción (que se muestra en la Notificación de Decisión); y 2) debe solicitar que sus servicios permanezcan igual.** (Durante el proceso de audiencia imparcial, sus servicios continuarán) Puede usar el formulario adjunto para hacerlo.
- **LIBERTY puede solicitarle que reembolse el costo de los servicios continuados si pierde su apelación.**
- **Después de que haya solicitado una audiencia imparcial, Medicaid se comunicará con usted dentro de los 10 días para organizar una reunión de preparación de la audiencia (HPM).** La reunión será por teléfono. El objetivo de esta reunión es tratar de resolver su apelación. LIBERTY explicará su decisión y le dará la oportunidad de proporcionar más información. Si usted y LIBERTY no pueden ponerse de acuerdo, puede solicitar una audiencia imparcial. **Una reunión de preparación de la audiencia (HPM) es opcional.** No tiene que participar en una HPM. Puede informarle a Medicaid que desea ir directamente a una audiencia imparcial y que un Funcionario de Audiencias decida su apelación.

Para obtener más información sobre las apelaciones de Medicaid, puede consultar el Capítulo 3100 “Audiencias” del Manual de Servicio de Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada, División de Financiamiento y Políticas de Atención Médica en: <https://dhcfp.nv.gov>

Si no puede pagar el asesoramiento legal, uno de los programas de Servicios Legales que se detallan a continuación puede ayudarlo. Nevada Legal Services, Inc. (Reno) (Condado de Washoe): (775) 284-3491
Nevada Legal Services, Inc. (Las Vegas) Condados de Clark, Lincoln, Nye y Esmeralda: (702) 386-0404 u (866) 432-0404
TDD: (702) 386-1059
Nevada Legal Services, Inc. (Elko) Condado de Elko: (775) 753-5880
Nevada Legal Services, Inc. (Carson City) Carson City y los condados restantes: (775) 883-0404 u (800) 323-8666 Senior Law Project (Las Vegas) para residente del Condado de Clark de 60 años o más: (702) 229-6596 TDD: (702) 386-9108 Washoe County Senior Law Project para residentes del Condado de Washoe de 60 años o más: (775) 328-2592
Nevada Disability Advocacy and Law Center (Sur) Personas discapacitadas y familias con personas discapacitadas: (702) 257-8150 u (888) 349-3843, TTY: (702) 257-8160
Nevada Disability Advocacy and Law Center (Norte): (775) 333-7878 u (800) 992-5715 o TTY: (775) 788-7824

FORMULARIO DE SOLICITUD DE UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Envío este formulario para solicitar una audiencia imparcial. (Marque todas las casillas que correspondan y complete los campos a continuación)

- No estoy de acuerdo con la decisión de **LIBERTY** de reducir, finalizar o denegar los beneficios.
- Solicito que se acelere mi audiencia imparcial porque una audiencia estándar podría poner en peligro mi vida, mi salud o mi capacidad para alcanzar, mantener o recuperar una funcionalidad máxima. Se adjunta la documentación de mi proveedor médico para respaldar esta solicitud. (Si no proporciona esta documentación, esta solicitud se procesará dentro del plazo de la audiencia imparcial estándar: 90 días).
- Solicito una audiencia imparcial en función de una prontitud razonable.
- Durante el proceso de audiencia imparcial, me gustaría que mis beneficios continúen. Entiendo que es posible que deba pagar el costo de los servicios o artículos si no gano la audiencia imparcial.
- Envíeme una copia gratuita de las regulaciones relevantes para mi caso. También disponible en el sitio web: <http://dhcfnv.gov/>.

Nombre del destinatario: _____ Teléfono: _____

Dirección postal del destinatario: _____

Número de identificación del destinatario: _____

Firma del destinatario: _____ Fecha: _____

Nombre del representante autorizado: _____ Teléfono: _____

Dirección postal del representante: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Envío este formulario para solicitar una audiencia imparcial: (Marque todas las casillas que correspondan y complete los campos a continuación)

- No estoy de acuerdo con la decisión de LIBERTY de reducir, finalizar o denegar los beneficios.
- Solicito que se acelere mi audiencia imparcial porque una audiencia estándar podría poner en peligro mi vida, mi salud o mi capacidad para alcanzar, mantener o recuperar una funcionalidad máxima. Se adjunta la documentación de mi proveedor médico para respaldar esta solicitud. (Si no proporciona esta documentación, esta solicitud se procesará dentro del plazo de la audiencia imparcial estándar: 90 días).
- Solicito una audiencia imparcial en función de una prontitud razonable.
- Durante el proceso de audiencia imparcial, me gustaría que mis beneficios continúen. Entiendo que es posible que deba pagar el costo de los servicios o artículos si no gano la audiencia imparcial.
- Envíeme una copia gratuita de las regulaciones relevantes para mi caso. También disponible en el sitio web: <http://dhcfnv.gov/>.

Nombre del destinatario: _____ Teléfono: _____

Dirección del destinatario: _____

Número de identificación del destinatario: _____

Firma del destinatario: _____ Fecha: _____

Nombre del representante autorizado: _____ Teléfono: _____

Dirección del representante: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Devuelva esta solicitud a: Nevada Medicaid
Hearings Unit
1100 East William Street – Suite 101
Carson City, NV 89701
Fax: (775) 684-3610, Correo electrónico: dhcfnhearings@dhcfnv.gov