



DISTRITO DE COLUMBIA
OFICINA DE AUDIENCIAS ADMINISTRATIVAS
 441 4TH STREET, NW, SUITE 450 NORTH
 WASHINGTON, DC 20001-2714



Tel: (202) 442-9094 • Fax: (202) 442-4789 • Correo electrónico: oah.filing@dc.gov

Solicitud de apelación de una decisión o acción sobre la cobertura de atención médica del Departamento de Financiación de Servicios de la Salud (DHCF) o un contratista del DHCF

Utilice este formulario si desea solicitar una audiencia ante un juez de Derecho Administrativo porque no está de acuerdo con una decisión, acción o inacción del DHCF o su contratista en relación con la cobertura de atención médica de Medicaid, el Programa de exención para adultos mayores y personas con discapacidades físicas (EPD) o DC Healthcare Alliance. Adjunte una copia de la decisión si tiene una. Si desea apelar una decisión relacionada con la elegibilidad financiera para uno de estos programas, utilice el formulario titulado Solicitud de apelación de una decisión del Departamento de Servicios Humanos (DHS).

Sección 1 – Contacto

Escriba su nombre en letra de molde: <hr/>	Su dirección postal: <hr/>
Su teléfono: <hr/>	
Su dirección de correo electrónico (si tiene): <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente	Su circunscripción (Ward) (si la sabe): <hr/>
Si tiene representante para este caso (marque lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Representante no abogado <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Gerente del Caso	
Nombre del representante : <hr/>	Dirección del representante: <hr/>
Teléfono: <hr/>	
Dirección de correo electrónico: <input type="checkbox"/> Da su consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente	Agencia (si la hay): <hr/>

Sección 2 – Información sobre beneficios

Mi apelación se refiere a lo siguiente (seleccione una opción):

- Medicaid Exención para EPD Exención para EPD y Medicaid DC Healthcare Alliance
- Número de Identificación de Medicaid, Exención para EPD o Alliance (si lo conoce) _____
- Nombre del proveedor de Medicaid, Exención para EPD o Alliance (si lo conoce) _____

Sección 3 – ¿Por qué necesita usted una audiencia?

Marque todas las casillas que se apliquen en su caso:

- Solicité **servicios, equipos o suministros médicos u odontológicos** (por ejemplo, hospitalización, cirugía, implantes dentales, silla de ruedas, recetas, etc.) en el marco del

(véase el reverso)

programa de Medicaid, Exención para EPD o Alliance. No he recibido los servicios, el equipo ni los suministros solicitados.

Explique:

-
- Me han **negado o no he recibido servicios de Asistente de Cuidados Personales (en Inglés, PCA)** bajo Medicaid o el programa de dispensa EPD Waiver.
- Me han **negado un aumento** solicitado de servicios de PCA bajo Medicaid o el programa de dispensa EPD Waiver.
- Mi **recertificación** para recibir servicios de PCA bajo Medicaid o el programa de dispensa EPD Waiver **está demorada**.
Fecha en que terminó (o terminará) el período de certificación: _____
- Mis servicios de PCA bajo Medicaid o el programa de dispensa EPD Waiver **han parado o están al parar**.
Fecha en que pararon (o pararán) los beneficios: _____
- Mis servicios de Asistente de Cuidados personales (PCA) bajo Medicaid o el programa de dispensa EPD Waiver **han sido reducidos o están al reducirse**.
Fecha en que los beneficios fueron (o serán) reducidos: _____
Horas de PCA que estaba recibiendo: _____ Nuevas horas propuestas de PCA: _____
- Otro** (Haga el favor de explicar): _____

Sección 4 – Acceso a Idiomas

¿Necesita que la OAH le proporcione un intérprete para ayudarle a participar en la audiencia?

- SÍ NO

Si contesta que Sí, ¿qué idioma necesita? _____

Sección 5 – Adaptación razonable

¿Necesita una adaptación razonable que le ayude a participar en la audiencia?

- SÍ NO

Si contesta que Sí, haga el favor de explicar: _____

Sección 6 – ¿Quién preparó la solicitud de audiencia?

Persona que preparó la solicitud de audiencia (salvo que la solicitud haya sido por teléfono):

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha

Correo electrónico, teléfono, dirección postal de la persona que preparó la solicitud de audiencia (si no aparece arriba)

No llene esta casilla. Reservada para la Secretaría de la OAH .

Recibido por _____ Fecha: _____