



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 para apelar una decisión del Departamento de Financiación de Servicios de la Salud (DHCF) contra un proveedor de Medicaid

*Utilice este formulario si es un proveedor de Medicaid o solicitó serlo y desea una audiencia ante un juez de Derecho Administrativo porque no está de acuerdo con una decisión, acción o inacción del Departamento de Financiación de Servicios de la Salud (DHCF) con respecto a su estado de proveedor o pagos. **Adjunte una copia de la decisión si tiene una.***

Sección 1: Información de contacto

Nombre del proveedor:	Dirección postal del proveedor:
Teléfono del proveedor:	
Dirección de correo electrónico del proveedor: <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para recibir los documentos solo por correo electrónico	Zona del proveedor (<i>si la conoce</i>):
<i>Si tiene un representante para este caso (marque la opción que corresponda):</i> <input type="checkbox"/> Representante que no es abogado <input type="checkbox"/> Abogado	
Nombre del representante:	Teléfono del representante:
Dirección de correo electrónico del representante: <input type="checkbox"/> Da su consentimiento para recibir los documentos solo por correo electrónico	Dirección postal del representante

Sección 2: ¿Por qué necesita una audiencia?

- El DHCF negó mi inscripción como proveedor en el programa de Medicaid.
- El DHCF negó mi reincorporación como proveedor en el programa de Medicaid.
- El DHCF finalizó mi acuerdo de proveedor de Medicaid.
- El DHCF finalizó, suspendió o limitó los pagos de Medicaid por mis servicios.
- Otra (explique brevemente): _____

→ → → Continúa en la segunda página → → →

En el espacio que aparece a continuación, brinde las razones por las que no está de acuerdo con la decisión o acción del DHCF y lo que quiere que haga el juez. Utilice una página adicional si es necesario.

Sección 3: Acceso al idioma

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

SÍ NO

Si respondió SÍ, ¿qué idioma necesita? _____

Sección 4: Adaptaciones razonables

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

SÍ NO

Si respondió SÍ, explique: _____

Sección 5: ¿Quién preparó la solicitud de audiencia?

Firma de la persona que preparó la solicitud de audiencia (a menos que la solicitud haya sido por teléfono):

Firma

Nombre en imprenta

Fecha

Correo electrónico, teléfono, dirección postal de la persona que preparó la solicitud de audiencia (si no figura arriba en imprenta):

