

**DISTRICT OF COLUMBIA  
OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS**  
One Judiciary Square  
441 4th Street, NW, Suite 450N  
Washington, DC 20001-2714

Tel: (202) 442-9094 • Fax: (202) 442-4789 - Email: [oah.filing@dc.gov](mailto:oah.filing@dc.gov)

**SOLICITUD DE AUDIENCIA EN CASOS DEL DEPARTAMENTO DE FINANCIAMIENTO DE SALUD (DHCF)-COBERTURA  
MEDICAID (NO ELEGIBILIDAD)**

**SECCIÓN 1 – DATOS PERSONALES**

Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Abogado/Representante (si hay): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS**

El/la peticionario/a: **RECIBE** beneficios (Si es un nuevo solicitante, el formulario para audiencia DHS debe ser usado)  
Número Medicaid ID: \_\_\_\_\_ Nombre de Proveedor Medicaid: \_\_\_\_\_  
Dirección de Proveedor Medicaid: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 3 – MEDIDA QUE TOMA O NO TOMA LA AGENCIA/RAZÓN PARA SOLICITAR AUDIENCIA**

**FAVOR ADJUNTAR COPIA DE LA NOTIFICACIÓN RECIBIDA DE LA AGENCIA.**

- Cancelación de servicios de **Asistente de Cuidados Personales (PCA)** bajo Medicaid o programa EPD Waiver
- Reducción de servicios de **Asistente de Cuidados Personales (PCA)** bajo Medicaid o programa EPD Waiver
- Denegación de cobertura para **equipo médico durable**, prótesis, ortopedia, o suministros
- Denegación de cobertura para **servicios dentales** Denegación de cobertura para **recetas médicas**
- Denegación de cobertura para **cirugía** Denegación de cobertura para **hospitalización** Denegación de cobertura para **transporte**
- Solicitud de cobertura o servicio(s) no respondida o no respondida a la brevedad
- Otro (favor especificar): \_\_\_\_\_

Favor añadir una breve descripción de porqué usted disputa la medida o su ausencia y qué amparo legal desea:

**SECCIÓN 4 – ACCESO A IDIOMAS**

¿Necesita usted interpretación de idioma?  
Sí No

Sí, especifique idioma: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 5 – ADAPTACIONES PARA DISCAPACIDAD**

¿Necesita usted adaptación razonable para discapacidad durante la audiencia?  
Sí No

Sí, favor especificar: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 6 – OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA**

¿Cómo fue presentada formalmente esta solicitud en OAH? En Persona Por Teléfono Por Fax/Email Por Correo

Nombre de la persona que prepara esta solicitud (si no es completada por el Peticionario): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_