



STATE OF RHODE ISLAND

P.O BOX 8709

CRANSTON, RI 02920-8787

INSTRUCCIONES DE APELACIÓN

Plazos

Debe solicitar su apelación dentro del número de días que se mencionan en el aviso adjunto. Si pierde este plazo, puede perder su derecho a apelar. Después de haber presentado su apelación, programaremos su audiencia y emitiremos una decisión dentro de 90 días, o 60 días si la audiencia se relaciona con sus beneficios de SNAP. Se emitirá una decisión sobre todos los recursos de HealthSource RI en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que se reciba la solicitud de apelación, según sea administrativamente factible.

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.

Derecho a continuar con los beneficios mientras espera la audiencia

Es posible que tenga derecho a que sus beneficios continúen sin cambios mientras espera su audiencia (esto se llama «Ayuda Pendiente»). Solo puede solicitar la Ayuda Pendiente si presenta una apelación dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la notificación que está impugnando, a menos que esté apelando una redeterminación de elegibilidad hecha por HealthSource RI. En el caso de HealthSource RI, la Ayuda Pendiente solo estará disponible si apela una redeterminación de elegibilidad que haya ocurrido dentro de los 30 días de la fecha en que presentó su apelación; la solicitud se realiza por teléfono a HealthSource RI por el número 1-855-840-HSRI (4774). A menos que usted pueda demostrar lo contrario, para Medicaid y HealthSource RI, asumiremos que usted recibió el aviso 5 días después de la fecha en que debió ser emitido. Si paga las primas mensuales, debe seguir pagando esas primas durante el período de Ayuda Pendiente. Si tiene Medicaid y recibe la Ayuda Pendiente, y luego pierde su apelación, el Estado puede obligarlo a reembolsar los costos por cubrirlo durante el período de Ayuda Pendiente. Si recibe créditos fiscales como ayuda para pagar sus primas y también recibe la Ayuda Pendiente, y luego pierde su apelación, puede que deba dinero adicional en sus impuestos federales el próximo año. 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.

For more information, visit www.healthyrhode.ri.gov

Para más información, visite www.healthyrhode.ri.gov

Para mais informações, visite www.healthyrhode.ri.gov

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.

For more information, visit www.healthyrhode.ri.gov

Para más información, visite www.healthyrhode.ri.gov

Para mais informações, visite www.healthyrhode.ri.gov

FORMULARIO DE APELACIÓN**Proceso de solicitud de apelación**

Puede solicitar una apelación al seguir uno de los siguientes pasos. Si envía este formulario, el Estado llevará a cabo una revisión de su caso para tratar de resolver el problema.

- **En línea.** Inicie sesión en su cuenta en www.healthyrhode.ri.gov y haga clic en «Presentar una apelación».
- **Por teléfono.** Puede presentar una apelación en relación con Medicaid y la Cobertura de Salud Privada a través de HealthSource RI llamando a HealthSource RI al número 1-855-840-HSRI (4774). Si tiene dudas sobre cómo presentar una apelación para programas de servicios humanos, tales como SNAP, RIW, Cuidado Infantil, GPA o SSP, llame al Departamento de Servicios Humanos al número 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **En persona.** Para asistencia en persona, visite www.dhs.ri.gov para ver las ubicaciones de la oficina.
- **Por correo.** Complete este formulario y envíelo por correo a Atn.: Apelaciones ESTADO DE RHODE ISLAND, APARTADO POSTAL 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

Nombre (obligatorio): _____

Fecha de nacimiento (obligatorio): _____

Número de cuenta: _____

Dirección (obligatorio): _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

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

En caso afirmativo, ¿cuál es su idioma principal? _____

Método preferido de contacto (marque uno): correo electrónico / correo postal

Debe marcar las razones de su apelación:

Cobertura de salud:**Servicios humanos:**

_____ Medicaid

_____ SNAP

_____ GPA

_____ Plan privado - HealthSource RI

_____ RIW

_____ CUIDADO INFANTIL

_____ Ambos/No estoy seguro

_____ SSP

_____ Otro (por favor, explique) _____

For more information, visit www.healthyrhode.ri.gov

Para más información, visite www.healthyrhode.ri.gov

Para mais informações, visite www.healthyrhode.ri.gov

Por favor, explique el motivo de su apelación:

¿Necesita servicios de salud importantes o beneficios de SNAP de inmediato? De ser afirmativo, ¿le gustaría una apelación acelerada? Sí No

En caso afirmativo, explique:

SI LA DECISIÓN DE AUDIENCIA NO RESULTA A MI FAVOR, ENTIENDO QUE DEBO REEMBOLSAR TODOS LOS BENEFICIOS DE ASISTENCIA Y/O SNAP POR LOS QUE ME DETERMINAN INELEGIBLES

Marque esta casilla si alguien le va a ayudar con la apelación o va a representarlo durante el proceso de apelación (puede ser un fiscal, amigo o miembro de la familia). Proporcione la información de contacto de esta persona:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

¿Le gustaría que su cobertura y sus beneficios continuaran sin cambios mientras espera la decisión de audiencia? Sí No

Firma _____
(Beneficiario)

Fecha _____

PARA SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR LA AGENCIA:

LA APELACIÓN INVOLUCRA: _____ RIW _____ MEDICAID _____ GPA _____
SNAP _____ PLAN DE SALUD PRIVADO _____ CUIDADO INFANTIL _____
OTRO _____

Indique la Referencia del Manual de Políticas Específicas: Sección(es) _____

Respuesta de la Agencia a la apelación/explicación: _____

Representante de la Agencia (firma) _____
(Nombre en letra de molde) _____
Oficina local _____

Supervisor (firma) _____
(Nombre en letra de molde) _____

For more information, visit www.healthyrhode.ri.gov
Para más información, visite www.healthyrhode.ri.gov
Para mais informações, visite www.healthyrhode.ri.gov