

SOLICITUD DE AUDIENCIA ADMINISTRATIVA ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST

Use este formulario para solicitar una audiencia ante un juez. Envíe este formulario por correo dentro de un plazo de 90 días calendario de la fecha en la notificación de elegibilidad con la que está en desacuerdo. Usted podría conservar cobertura de Apple Health durante el proceso de audiencia si solicita la audiencia en menos de 10 días.

IMPORTANTE: Si tiene necesidad inmediata de servicios médicos porque el proceso regular de apelaciones (que tarda hasta 90 días) podría poner en riesgo su vida, salud o capacidad de mantener o recuperar sus capacidades máximas, por favor llame al 1-855-859-2512 para más información.

No. ID de solicitud de Healthplanfinder:	Fecha en la notificación de elegibilidad:	Fecha de hoy:	
INFORMACIÓN DEL APELANTE			
Nombre del apelante	Apellido	Inicial intermedia	Fecha de nacimiento
Dirección postal	Ciudad	Código postal	Número de teléfono durante el día ()
Dirección de correo electrónico	Nombre del empleador/compañía (si su empleador ofrece seguro médico)		Número de teléfono del empleador
¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted? <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo			
MOTIVO DE SU AUDIENCIA ADMINISTRATIVA			
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health (por ejemplo, Medicaid, CHIP) ¿Preguntas? 1-800-562-3022 <input type="checkbox"/> Quisiera conservar mi cobertura de WA Apple Health durante el proceso de apelación. Debe enviar este formulario a la Autoridad de Atención Médica dentro de un plazo de 10 días desde la recepción de la notificación o antes de que termine su cobertura, lo que ocurra después. <div style="margin-left: 40px;">Envíe por correo postal a: Health Care Authority <div style="margin-left: 40px;">PO Box 45504 <div style="margin-left: 40px;">Olympia, WA 98504-5504</div> </div> </div>			

¿CÓMO PODEMOS AYUDAR?

Las audiencias se realizan en inglés, a menos que solicite un intérprete u otras adaptaciones.

¿Desea sus notificaciones en un idioma que no sea Inglés?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué idioma?

¿Desea un intérprete sin costo para usted? Sí No

Los amigos o familiares no pueden actuar como sus intérpretes en la audiencia.

Si la respuesta es sí, ¿qué idioma?

¿Necesita otras adaptaciones o ayuda debido a una discapacidad? Sí No

Si la respuesta es sí, describa lo que necesita:

AFILIACIÓN TRIBAL

¿Es usted miembro de una tribu reconocida federalmente?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿qué tribu?

REPRESENTANTE (NO ES OBLIGATORIO)

Apellido del representante

Nombre

Número de teléfono

Correo electrónico del representante

Número de teléfono alternativo

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Relación del representante con el apelante. (Marque todas las que apliquen)

Abogado/Consejo legal

Agente o corredor de seguros

Empleador

Tutor Legal / Poder notarial

Familiar o amigo

Consultor legal o defensor (no abogado)

Representante tribal

Otro: _____

FIRMA (REQUERIDA)

Mi firma debajo es mi solicitud de una audiencia ante un juez. No estoy de acuerdo con la decisión sobre mi elegibilidad para créditos tributarios, Apple Health o inscripción especial tomada por Washington Healthplanfinder. La información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que esta solicitud de audiencia puede ser reenviada a la entidad con autoridad para manejar mi apelación.

Firma del solicitante primario

Fecha

X

El mercado de beneficios de salud (Health Benefit Exchange) de Washington ofrece acceso equitativo a todos sus servicios.