



## **Apéndice XXIX, Audiencia imparcial y opciones de listas de interesados al cumplir la edad límite del MDCP**

Usted o su hijo no pueden recibir servicios del Programa para Menores Medicamento Dependientes (MDCP) porque usted o su hijo no cumplen con el requisito de edad límite para el MDCP. El formulario H2065-DS adjunto, Notificación de servicios del Programa de Atención Médica Administrada, enumera las razones de la denegación.

### **Usted puede apelar esta decisión.**

Si desea apelar la denegación, debe pedir una audiencia imparcial. Para pedir una audiencia imparcial, puede llenar el formulario de solicitud de dos páginas que se encuentra en las páginas 4 y 5 de este aviso o llamar al número de teléfono de la oficina en la esquina superior derecha del formulario H2065-DS adjunto.

- Usted podría seguir recibiendo servicios del MDCP durante el proceso de la audiencia imparcial. Si desea seguir recibiendo los servicios del MDCP mientras se lleva a cabo el proceso de la audiencia imparcial, deberá pedir una audiencia imparcial en un plazo de **10 días hábiles**, a partir de la fecha que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-DS, o antes de la fecha en que terminen sus servicios (también en el formulario H2065-DS), lo que ocurra más tarde. Si utiliza el formulario de solicitud en las páginas 4 y 5 de este aviso, asegúrese de marcar la casilla que indica que quiere continuar recibiendo servicios. Si llama, díganos por teléfono que desea continuar recibiendo servicios.
- Tiene 90 días a partir de la fecha que aparece en el formulario H2065-DS para pedir una audiencia imparcial.

En una audiencia imparcial un funcionario de audiencias que no es parte del programa de Medicaid revisa la decisión de haberle denegado los servicios. Si pide una audiencia imparcial, esta se le programará en un plazo de 30 días. Antes de la audiencia, se le enviará por correo un paquete de información.

- Usted puede presentar nuevos datos sobre su caso. Tiene el derecho de ver cualquier documentación e información que se usará.

- 
- Las audiencias pueden durar entre 30 minutos y cuatro horas, dependiendo del tema que se trate. La mayoría de las audiencias imparciales se hacen por teléfono, pero si tiene una razón válida, puede pedir una audiencia imparcial en persona.
  - Puede representarse a sí mismo o elegir a un familiar, amigo, abogado u otra persona para que lo represente durante la audiencia. Los honorarios que se cobren por representarlo a usted correrán por su cuenta. Para saber si hay asesoría legal sin costo cerca de usted, llame al 2-1-1.
  - Recibirá una decisión por escrito en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que solicitó la audiencia. En el aviso de la decisión se le explicará su derecho a pedir que se revise el caso si no está de acuerdo con el resultado.

Si tiene preguntas acerca del proceso de la audiencia imparcial, puede llamar a la Oficina del Ombudsman de HHS al 866-566-8989 o enviar sus preguntas en línea a [hhs.texas.gov/managed-care-help](https://hhs.texas.gov/managed-care-help).

### **Sus opciones de listas de interesados**

Puede elegir una o todas las siguientes opciones:

- Ascender en la lista de interesados de otro programa de la sección 1915(c).
- Ser colocado al final de la lista de interesados de otro programa de la sección 1915(c).

Puede solicitar estas opciones ahora o puede esperar hasta después de la audiencia imparcial. También puede hacer todo al mismo tiempo. Use el formulario de dos páginas que se encuentra en las páginas 4 y 5 de este aviso o llame al número en la esquina superior derecha del formulario H2065-DS para solicitar una opción de listas de interesados. Los detalles sobre sus opciones se enumeran a continuación. Si tiene preguntas acerca de estas opciones, llame al número de teléfono que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-DS.

---

**Ascender o ser colocado al final de otra lista de interesados**

1. Puede pedir ascender o ser colocado al final de otra lista de interesados de los siguientes programas de la sección 1915(c):
  - a. Servicios de Apoyo y Asistencia para Vivir en la Comunidad (CLASS)
  - b. Servicios en el Hogar y en la Comunidad (HCS)
  - c. Programa de Texas para Vivir en Casa (TxHmL)
  - d. Servicios para Personas Sordociegas con Discapacidades Múltiples (DBMD)
2. Para ascender en una lista, debe haber estado ya en ella antes o estar en ella ahora. Si quiere ser añadido a otra lista de interesados, será colocado al final de esa lista.
3. Si usted pide ascender en la lista, cambiaremos la fecha de su solicitud para ese programa a la fecha de su solicitud para el MDCP si esta es primero.
4. Usted puede pedir estas dos cosas y que se lleve a cabo una audiencia imparcial al mismo tiempo.
5. Tiene 120 días a partir de la fecha en la esquina superior derecha del formulario H2065-DS para solicitar ascender en la lista de interesados de otro programa de la sección 1915(c).

**Usted tiene derechos**

Si cree que ha sido discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, sexo, discapacidad, creencias políticas o religión, puede presentar una queja en la dirección de la oficina que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-DS, o puede enviar su queja por escrito a:

**Civil Rights Department  
Health and Human Services  
P.O. Box 149030  
Austin, TX 78714-9030**

---

**Formulario para solicitar una audiencia imparcial y ser añadido a listas de interesados tras denegaciones del MDCP por cumplir la edad límite**

Puede llenar el siguiente formulario de dos páginas o llamar al número de teléfono que aparece en la esquina superior derecha del formulario H2065-DS para pedir una audiencia imparcial, ascender en una lista de interesados o ser colocado al final de la lista de interesados de otro programa de la sección 1915(c), o para pedir todas estas opciones.

En el aviso adjunto puede encontrar más información sobre estas opciones, incluidos los plazos importantes. Si utiliza este formulario, envíelo por correo en el sobre adjunto con el porte pagado y la dirección.

**Datos del solicitante \***

Apellido:	Primer nombre:
Apellido del padre, madre o tutor:	Nombre del padre, madre o tutor:
Núm. de Medicaid	Teléfono:
Dirección:	

**Información del representante legalmente autorizado (LAR) \***

Apellido:	Primer nombre:
Teléfono:	
Dirección:	

---

**Solicitud de una audiencia imparcial**

Deseo una audiencia imparcial.

Deseo continuar recibiendo servicios del MDCP durante el proceso de la audiencia imparcial.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante, padre, madre, tutor o LAR

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Solicitud para ascender o ser colocado al final de otra lista de interesados**

Deseo **ascender** en la lista de interesados del siguiente programa de la sección 1915(c):

\_\_\_CLASS \_\_\_HCS \_\_\_TxHmL \_\_\_DBMD

Quiero **ser colocado al final** de la lista de interesados del siguiente programa de la sección de 1915(c):

\_\_\_CLASS \_\_\_HCS \_\_\_TxHmL \_\_\_DBMD

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante, padre, madre, tutor o LAR

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*Debe proporcionar la información en estas tablas.**

---