

*** SUS BENEFICIOS CAMBIAN ***

Fecha _____

Nombre _____

Dirección _____

**Sus beneficios estan por cambiar.
Por favor lea toda la información en
este formulario cuidadosamente.**

Cual es el cambio: _____

**Si esta casilla esta marcada, usted recibira una carta aparte sobre sus beneficios Medicaid.
Porque se hara el cambio:** _____

Cuando sucedera el cambio: _____

El pago Medicaid hacia la prima medicare _____

Los reglamentos estatales que se utilizaron para tomar esta decisión se encuentran en _____

DERECHO A UNA AUDIENCIA: Si usted no esta de acuerdo con esta decisión, usted tiene derecho a una audiencia para revisar esta decisión. Llame a su trabajador al número indicado abajo, en el plazo de 60 días. El sexagésimo día es _____. Si usted no pide una audiencia para esta fecha, no podra tener una audiencia a menos que usted tenga una buena razón por el retraso. Usted puede volver a solicitar beneficios en cualquier tiempo. Para proteger sus derechos, usted puede hacer ambas cosas, volver a solicitar beneficios y pedir una audiencia.

AYUDA LEGAL GRATIS: Ayuda Legal gratis le pueda ayudar. Comuníquese con la oficina de Ayuda Legal gratis o con la oficina de Servicios Legales al 1-877-694-2464.

En algunos casos usted puede escojer continuar sus beneficios hasta que se lleve a cabo la audiencia. Lea las instruccones en este formulario si usted quiere una audiencia.

Si esta casilla esta marcada, sus beneficios cambiaran sin otro aviso. Usted puede pedir una audiencia antes de la fecha indicada arriba.

Si esta casilla esta marcada, y si se comunica con su trabajador antes de _____ para pedir una audiencia, sus beneficios continuaran como lo son ahora hasta la primera decisión de la audiencia a menos que usted renuncie a ese derecho. Es posible que usted tenga que pagar los beneficios que recibio mientras esperaba la audiencia si, la decisión de la audiencia muestra que los cambios que propusieron estaban correctos. Usted no tendra que pagar los beneficios que recibio mientras esperaba si la decisión de la audiencia muestra que los cambios que propusieron no estaban correctos. No se continuan beneficios para el programa North Carolina Health Choice.

Nombre del trabajador y número de teléfono _____

Dirección _____

FOR OFFICE USE ONLY:
County Case # _____
Case ID # _____
Aid Program/Category _____

Por favor continúe leyendo información importante sobre sus derechos a una audiencia.



¿El problema se puede resolver llamando a su trabajador!

¿Usted no acudio a una cita o no regreso un formulario u otra información?

Usted puede:

1. Llamar a su trabajador para programar otra cita o para ver que se puede hacer.
2. Regrese el formulario u otra información inmediatamente. Asegurese de contestar cada pregunta y proporcionar comprobantes de ingresos.
3. Si su caso se cerro, llame a su trabajador para ver que se puede hacer.

¿Su trabajador le pidio que hiciera algo y usted no lo hizo?

Usted puede llamar a su trabajador para explicarle porque y para tratar de resolver el problema.

¿Cambio su situación o su trabajador hizo un error?

Llame a su trabajador inmediatamente.



¿Aun hay un problema? Usted puede pedir una audiencia.

Si usted piensa que estamos equivocados o si usted tiene nueva información, usted tiene derecho a pedir una audiencia. Usted debe pedir una audiencia en el plazo de 60 días (o 90 días si tiene una buena razon por el retraso). La audiencia es una reunión para revisar su caso y darle los beneficios correctos si es que la decisión fue incorrecta.

Llame o escriba a su trabajador para pedir una audiencia. Una audiencia local se llevará a cabo dentro de 5 días desde el día que usted pide la audiencia. Si hay una buena razón, la audiencia se puede posponer hasta por 10 días. Si después de recibir la decisión de la audiencia local, usted cree que la decisión está equivocada, llame or escriba a su trabajador en un plazo de 15 días y pida una segunda audiencia. La segunda audiencia es ante un oficial de audiencias del estado.

Si usted pide una audiencia para el program Work First y usted vive en un condado selecto, la segunda audiencia sera ante un oficial del condado.

Para pedir una audiencia sobre discapacidad, llame o escriba a su trabajador. No hay audiencia local. Un oficial de audiencias del estado toma cargo de audiencias de discapacidad.

¿Sabe usted que tiene derecho a que lo representen?

Un pariente suyo o un abogado contratado por usted puede hablar por usted en la audiencia. **Puede haber asistencia legal gratis en su comunidad.** Vea al número de teléfono al reverso de este aviso.

Si tiene más preguntas o preocupaciones, comínquese con su trabajador para obtener información o llame a CARE-LINE, línea de Información y Referencias a Servicios al 1-800-662-7030. Si usted vive en Raleigh llame al 919 733-4261. La línea TTY para personas con impedimentos de audición está disponible a través de CARE-LINE. Las horas de servicio son de las 8:00 am a 5:00 pm de lunes a viernes.

¿Sabe usted que tiene derecho a ver sus documentos?

Si usted pide, su trabajador le mostrara a usted (o a su representante) antes de la audiencia, los documentos relacionados con sus beneficios. Si usted pregunta, usted puede ver otra información que se presentara en la audiencia. Si es necesario, puede recibir copias gratis de esta información. Usted podra ver esta información de nuevo en la audiencia.

¿Usted comprende sus derechos?

¿Usted comprende como obtener una audiencia? Si usted tiene preguntas, comuníquese con su trabajador lo mas pronto possible.



No se olvide que tiene 10 días para reportar cambios al departamento de servicios sociales de su localidad (para el pograma Special Assistance, 5 días corridos). Pregunte a su trabajador si no sabe si su cambio es importante. Usted puede ser culpable de delito menor como mayor si no reporta cambios tal como son.