

**SOLICITUD DE AUDIENCIA EN RELACION CON DECISION TOMADA POR LA AGENCIA**

**\* Datos obligatorios, por favor llenarlos claramente**

**Esta solicitud debe ser llenada totalmente tan completa como sea posible y entregada a la Oficina del Director de Audiencias Administrativa de la División de Medicaid y Financiamiento de Salud, DENTRO DE 30 DIAS DE LA FECHA EN QUE LA NOTICIA DE NEGACION FUE EXPEDIDA.**

\* Persona Solicitando la Audiencia: \_\_\_\_\_ \* Teléfono #: \_\_\_\_\_

\* Dirección: \_\_\_\_\_

\*Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ I.D del cliente.#: \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor de Medicaid: \_\_\_\_\_ Proveedor NPI# \_\_\_\_\_

\*Programa (marque uno):  Medicaid Tradicional  Medicaid No-Tradicional  PCN  CHIP  Otro \_\_\_\_\_

Código del procedimiento o servicio(s): \_\_\_\_\_ Número de Unidades Pedidas: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio: \_\_\_\_\_ Pre-autorización?  Yes  No

\* Por favor explique la razón para solicitar una audiencia (ayuda o acción): \_\_\_\_\_

Por favor liste los hechos y explicaciones para solicitar esta ayuda: \_\_\_\_\_

**CONTINUACION DE BENEFICIOS:** Algunos tipos de ayuda pueden continuar recibándose cuando el resultado de una audiencia está pendiente **si la audiencia ha sido solicitada dentro de 10 días de la fecha en que se emitió, si usted no está de acuerdo con la decisión.** Si el resultado de la audiencia apoya la acción tomada por el Departamento y usted no tiene éxito en una futura apelación a la decisión, usted podría tener que hacer un pago extra si usted continuó recibiendo ayuda. Usted tendrá que pagar de regreso cualquier pago extra asignado.

**Usted quiere que sus beneficios continúen?**  Quiero que continúen.  No quiero que continúen

Usted puede representarse a sí mismo, tener otra persona que lo represente, o retener un abogado para que los represente. Si es representado por un abogado, el abogado debe presentar un aviso de representación por lo menos diez (10) días antes de que se fije la fecha de la audiencia o pre-audiencia. \* Va a tener representación de un abogado?  Si  No

**Nombre del Representante/Abogado:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE LA NOTICIA DE NEGACION DEL SERVICIO que causó que usted solicitara la audiencia, al igual que los registros médicos que apoyan su posición. Si los registros médicos no son apropiados o no están completos eso demorará su audiencia.**

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que está solicitando la audiencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Una copia de esta solicitud debe ser enviada por correo a cada persona que tiene un interés directo en la acción de la agencia.**

Nombre y dirección de otras personas que usted quisiera que fueran notificadas acerca de su audiencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENVIE LA SOLICITUD A:**

**Via U.S. Post Office**

Director's Office/Administrative Hearings  
Division of Medicaid and Health Financing  
PO Box 143105  
Salt Lake City, UT 84114-3105

**Via UPS or FedEx**

Director's Office/Administrative Hearings  
Division of Medicaid and Health Financing  
288 North 1460 West  
Salt Lake City, UT 84116-3231