|  |
| --- |
| Solicitud de audiencia para inscritos en Medicaid,inscritos en PACE o candidatos a exenciones |
| Michigan Office of Administrative Hearings and Rules*(Oficina de Audiencias y Normas Administrativas de Michigan)* |
| Michigan Department of Health and Human Services, MDHHS(*Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan*)PO Box 30763, Lansing, MI 48909, Teléfono: 800-648-3397, Fax: 517-763-0146 |
| **SECCIÓN 1: LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA debe completar la presente sección** |
| Nombre del cliente | N.º de teléfono del cliente | N.º de seguro social del cliente |
|       |       |       |
| Dirección del cliente (N.º y calle, N.º de depto.) | N.º de ID de Medicaid |
|       |       |
| Ciudad | Estado | Código postal | Firma del cliente o tutor legal | Fecha |
|       |    |       |  |       |
| ¿Qué agencia realizó la acción o tomó la decisión que está apelando? Asegúrese de adjuntar una copia de la carta de la agencia informando al cliente sobre su decisión. | N.º del caso del cliente del MDHHS |
|       |       |
| **QUIERO SOLICITAR UNA AUDIENCIA:** A continuación, detallo los motivos para solicitar una audiencia. **Use páginas adicionales si es necesario.** |
|  |       |  |
|  |       |  |
|  |       |  |
|  |       |  |
|  |
| ¿Tiene una discapacidad física u otra afección que requiera arreglos especiales para asistir o participar en una audiencia? |
| [ ]  No | [ ]  Sí (Si respondió "sí", explique.) |       |
| ¿Necesita servicio de interpretación? |
| [ ]  No | [ ]  Sí (Si respondió "sí", indique el idioma:) |       |
| **SECCIÓN 2: ¿DESIGNÓ A ALGUIEN PARA REPRESENTARLO EN LA AUDIENCIA?** |
| ¿Alguien accedió a representarlo en la presente audiencia? |
| [ ]  No | [ ]  Sí (Si respondió "sí", el representante debe completar y firmar la Sección 3). |
| **SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA LA AUDIENCIA** |
| Nombre del representante (en letra imprenta) | N.º de teléfono del representante | Relación con el inscrito |
|       |       |       |
| Dirección (N.º y calle, N.º de depto.) | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Firma del representante | Fecha de la firma |
|  |       |
| **SECCIÓN 4: AGENCIA involucrada en la acción que disputa el cliente** |
| Nombre de la agencia | Nombre del contacto en la agencia |
|       |       |
| Dirección de la agencia (N.º y calle, N.º de depto.) | Número de teléfono de la agencia |
|       |       |
| Ciudad | Estado | Código postal | Programa o servicio del estado proporcionado al cliente |
|       |    |       |       |

|  |
| --- |
|  |
| INSTRUCCIONES DE SOLICITUD DE AUDIENCIA PARA INSCRITOS EN MEDICAID,INSCRITOS EN PACE O CANDIDATOS A EXENCIONES |
| Una audiencia es una revisión imparcial de una decisión tomada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan *(Michigan Department of Health and Human Services, MDHHS)* o una de sus agencias contratadas con la cual un cliente no está de acuerdo.**El presente formulario es para solicitar una audiencia si usted está inscrito en Medicaid o en PACE, o si es un candidato a exenciones, en el caso de acciones realizadas por el MDHHS o una de sus agencias contratadas.** También puede enviar su solicitud de audiencia firmada por escrito en otro documento. El presente formulario también se encuentra en línea en: www.michigan.gov/mdhhs >> Assistance Programs >> Medicaid >> Program Resources >> Michigan Office of Administrative Hearings and Rules for the Department of Health and Human Services or www.michigan.gov/LARA >> Bureau List >> Michigan Office of Administrative Hearings and Rules >> Benefit Services Hearings.**El presente formulario no puede usarse para apelar una acción*** Realizada por Medicaid, el Plan Michigan Saludable *(Healthy Michigan Plan)* o el plan de salud del Enlace de salud de Michigan *(MI Health Link)*, un Programa de servicios de salud mental comunitario / Plan de hospitalización prepago *(Community Mental Health Services Program / Prepaid Inpatient Hospital Plan, CMHSP/PIHP)*, el Plan de salud dental Niños Saludables *(Healthy Kids Dental Health Plan)*, o la Agencia de exención de MI Choice *(MI Choice Waiver Agency)*. Antes de solicitar un formulario MDHHS-5617-MOAHR, Solicitud de audiencia imparcial estatal *(Request for State Fair Hearing)*, debe cumplir con el procedimiento de apelaciones internas. El formulario también se encuentra disponible en línea en los enlaces indicados anteriormente.
* Relacionada con elegibilidad a programas, ayuda económica, ayuda para alimentos u otros programas de ayuda. Use el formulario DHS-18, Solicitud de audiencia, disponible en línea en [www.michigan.gov/mdhhs](http://www.michigan.gov/mdhhs) >> Doing Business with MDHHS >> Forms and Applications >> Other, o descargue el formulario en [www.michigan.gov/documents/FIA-Pub18\_14356\_7.pdf](http://www.michigan.gov/documents/FIA-Pub18_14356_7.pdf).
 |
| **INSTRUCCIONES GENERALES*** Lea TODAS las instrucciones antes de completar el formulario adjunto.
* Complete la Sección 1 usando el nombre del cliente (aun si el cliente tiene un tutor o es menor de edad).
* Complete las Secciones 2 y 3 únicamente si el cliente quiere que otra persona lo represente en la audiencia.
* Si la agencia que realizó la acción que está apelando no lo hizo, complete la Sección 4.
* Adjunte una copia de la notificación o carta de la agencia informando al cliente sobre la modificación que está apelando.
* Conserve una copia para sus registros.
* Si tiene consultas, llame a la línea gratuita: **800-648-3397**.
* Complete el formulario y envíe la página 1 por correo o fax:

**MICHIGAN OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS AND RULES****MICHIGAN DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES****PO BOX 30763, LANSING MI 48909****Fax 517-763-0146*** El cliente puede elegir que otra persona lo represente en la audiencia.
* La persona queda a elección del cliente, pero debe tener al menos 18 años de edad.
* El cliente deberá otorgarle a la persona un permiso por escrito para que lo represente.
* El cliente puede otorgar permiso por escrito marcando la opción "Yes" (sí) en la Sección 2 y solicitándole a la persona que lo representará que complete la Sección 3. En todos los casos, el cliente deberá completar y firmar la Sección 1.
* El tutor o curador del cliente puede ser el representante. Deberá incluir una copia de la resolución judicial que designó al tutor o curador junto con la solicitud.
 |
| **Completado:** Voluntariamente |

|  |
| --- |
| **Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)***(Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan)*Tenga en cuenta que, si lo necesita, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.Llame al 877-833-0870 (TTY 711). |
| Spanish | ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 877-833-0870 (TTY 711). |
| Arabic | ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 877-833-0870 (رقم هاتف الصم والبكم:-TTY 711). |
| Chinese | 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 877-833-0870 (TTY 711） |
| Syriac (Assyrian) | ܙܘܼܗܵܪܵܐ: ܐܸܢ ܐܲܚܬܘܿܢ ܟܹܐ ܗܲܡܙܸܡܝܼܬܘܿܢ ܠܸܫܵܢܵܐ ܐܵܬܘܿܪܵܝܵܐ، ܡܵܨܝܼܬܘܿܢ ܕܩܲܒܠܝܼܬܘܿܢ ܚܸܠܡܲܬܹܐ ܕܗܲܝܲܪܬܵܐ ܒܠܸܫܵܢܵܐ ܡܲܓܵܢܵܐܝܼܬ. ܩܪܘܿܢ ܥܲܠ ܡܸܢܝܵܢܵܐ 877-833-0870 (TTY 711) |
| Vietnamese | CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 877-833-0870 (TTY 711). |
| Albanian | KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 877-833-0870 (TTY 711). |
| Korean | 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 877-833-0870 (TTY 711)번으로 전화해 주십시오. |
| Bengali | লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-877-833-0870 (TTY 711) |
| Polish | UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 877-833-0870 (TTY 711). |
| German | ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer 877-833-0870 (TTY 711). |
| Italian | ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 877-833-0870 (TTY 711). |
| Japanese | 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。877-833-0870（TTY 711）まで、お電話にてご連絡ください |
| Russian | ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 877-833-0870 (телетайп 711). |
| Serbo-Croatian | OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 877-833-0870 (TTY Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom 711). |
| Tagalog | PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 877-833-0870 (TTY 711). |

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan *(Michigan Department of Health and Human Services, MDHHS)* no discrimina a ninguna persona o grupo por motivos de raza, religión, edad, origen nacional, color, altura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, creencias políticas o discapacidad.

Además, el MDHHS:

* Proporciona ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidad con el fin de facilitar la comunicación, como por ejemplo:
* Intérpretes de lengua de señas calificados
* Información por escrito en formatos alternativos (letra grande, grabaciones de audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros); y
* Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma materno no es el inglés, como por ejemplo:
* Intérpretes calificados
* Información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de la Sección 1557. La información de contacto se detalla a continuación.

Si considera que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan *(Michigan Department of Health and Human Services, MDHHS)* no proporcionó los servicios detallados anteriormente, o que lo discriminó de otra forma, puede presentar una queja ante el Coordinador de la Sección 1557. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la Sección 1557 está a su disposición para ayudarlo.

Coordinador de la Sección 1557 del MDHHS

Compliance Office, 4th Floor

P.O. Box 30195, Lansing, MI 48909

517-284-1018 (Principal), TTY 711, 517-335-6146 (Fax)

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la agencia federal responsable.

|  |  |
| --- | --- |
| Si su queja o reclamo está relacionada con su solicitud o sus beneficios o servicios de Medicaid, puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos *(U.S. Department of Health and Human Services)* en https://bit.ly/2pBS4YG, o por correo postal o teléfono a:U.S. Department of Health and Human Services200 Independence Avenue, SWRoom 509F, HHH BuildingWashington, D.C. 20201800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)Los formularios de queja están disponibles en https://bit.ly/2IKsHMS. | Si su queja o reclamo está relacionado con su solicitud de beneficios de ayuda para alimentos o con su ayuda para alimentos actual, puede presentar una queja por discriminación ante el Programa del Departamento de Agricultura de Estados Unidos *(U.S Department of Agriculture, USDA)*:Complete un formulario de queja *(Complaint Form)*, (AD-3027) disponible en línea en https://bit.ly/2g9zzpU o en todas las oficinas del USDA, o envíe una carta dirigida al USDA a la dirección que se indica a continuación. En la carta, proporcione toda la información que solicita el formulario.Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al 866-632-9992.Envíe el formulario completado o la carta por correo postal al USDA:U.S. Department of AgricultureOffice of the Assistant Secretary for Civil Rights1400 Independence Avenue, SWWashington, D.C. 20250-9410Fax: 202-690-7442; o por correo electrónico a: program.intake@usda.gov |

El MDHHS ofrece oportunidades equitativas.