

Apelación y Solicitud de Audiencia

Instrucciones

Este formulario nos brinda la información necesaria para ayudarle con su apelación. Complete cada parte de este formulario. Describa el (los) problema(s) con el mayor detalle posible.

NOTA: Si no está de acuerdo con una decisión tomada por su Plan de Cuidados Administrados (MCP) o Plan Dental, debe completar la apelación de primer nivel a través del plan. Si aún no lo ha hecho, deténgase aquí. Comuníquese con su MCP o Plan Dental para iniciar el proceso correcto.

Usted puede hacer que otra persona presente la apelación en su nombre con su consentimiento por escrito. Esta persona se llama Representante Autorizado. Su Representante Autorizado puede ser su proveedor, un pariente, un amigo o incluso un abogado.

Si usted es un tutor legal o agente que presenta una apelación por otra persona, envíe la documentación que demuestre esa facultad.

Debe presentar su apelación dentro del plazo requerido o puede perder su derecho a apelar. La notificación escrita que recibió le brindará más información sobre el plazo para apelar.

Cómo presentar una apelación

Hay varias formas de presentar una apelación. Elija la que funcione para usted:

En línea: Apele en línea a través del sitio web del Department of Health and Human Services (HHS) en <https://hhs.iowa.gov/appeals> o utilizando este código QR.



Correo electrónico, fax o correo postal: Complete el formulario fuera de línea o escríbanos una carta y envíela por:

- Correo electrónico: appeals@hhs.iowa.gov
- FAX: (515) 564-4044
- Correo postal: Iowa Department of Health and Human Services, Appeals Bureau,
321 E 12th Street
Des Moines, Iowa 50319

En persona: Lleve este formulario o una solicitud por escrito a su oficina local del HHS.

Verbalmente (si se permitiera): Algunos programas le permiten apelar verbalmente. Podemos ayudarle a completar su solicitud de apelación. Llame a la HHS Appeals Bureau al 1-888-723-9637 o a su oficina local del HHS y un miembro del equipo le ayudará.

Cómo enviar la información

Si envía este formulario en línea y desea incluir documentos (por ejemplo, registros médicos o una nota para su médico) para su apelación, envíelos por correo electrónico a appeals@hhs.iowa.gov. También puede enviar la información por fax o correo postal utilizando la información de contacto indicada anteriormente. Cuando envíe los documentos, infórmenos que presentó una apelación en línea.

Después de presentada la apelación

Le informaremos por escrito que recibimos su apelación.

¡Ahora ofrecemos acceso en línea a sus documentos de apelación! Recibirá instrucciones por correo sobre cómo crear una cuenta en el portal MyIowaAccess.

Apelación y Solicitud de Audiencia

¿Quién solicita esta apelación?

☐ Yo mismo
 ☐ Miembro de la familia
 ☐ Alguien más

Los amigos o parientes no pueden representarlo en una apelación de abuso infantil o abuso de adulto. Sólo un abogado puede ayudarle con eso.

Si usted es un tutor legal o agente que presenta una apelación por otra persona, envíe la documentación que demuestre esa facultad.

Nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido
Nombre de la agencia o empresa, si corresponde		
Dirección postal (incluya apartamento, unidad o número de lote, si corresponde)		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono	Correo electrónico	

¿Para quién es la apelación?

Nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido
Dirección postal (incluya apartamento, unidad o número de lote, si corresponde)		
Ciudad	Estado	Código Postal
Condado de residencia		Fecha de nacimiento
Número de caso	Número de autorización previa (plan de cuidados administrados o plan dental)	
Número de teléfono	Correo electrónico	

¿Qué está apelando? (Seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Licencias de adopción	<input type="checkbox"/> Abuso de adulto	<input type="checkbox"/> Asistencia de dinero en efectivo
<input type="checkbox"/> Regulación del cannabis	<input type="checkbox"/> Abuso infantil	<input type="checkbox"/> Manutención de menores
<input type="checkbox"/> Asistencia de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Registro de cuidado infantil (proveedores)	<input type="checkbox"/> Decisión sobre el Plan Dental*
<input type="checkbox"/> Licencia para cuidados de crianza	<input type="checkbox"/> Decisión sobre el Plan de cuidados administrados*	<input type="checkbox"/> Asistencia médica
<input type="checkbox"/> Oficina del Tutor Público	<input type="checkbox"/> Sobre pago	<input type="checkbox"/> PROMISE JOBS
<input type="checkbox"/> Evaluación de revisión de antecedentes	<input type="checkbox"/> Reembolso de alquiler	<input type="checkbox"/> Asistencia SNAP
<input type="checkbox"/> Abuso contra estudiante	<input type="checkbox"/> WIC	

Otro: _____

***NOTA:** Si no está de acuerdo con una decisión tomada por su Plan de Cuidados Administrados (MCP) o Plan Dental, debe completar la apelación de primer nivel a través del plan. Si no ha hecho esto, comuníquese con su MCP o Plan Dental para iniciar el proceso.

Díganos por qué está apelando (límite de 1000 caracteres):

Continuación de beneficios

Es posible que pueda seguir recibiendo sus beneficios con la misma frecuencia que hasta ahora, hasta que se tome una decisión sobre la apelación. **Si pierde su apelación, es posible que tenga que devolver algunos o todos los beneficios que recibió durante el proceso de apelación.**

¿Quiere que sus beneficios o servicios continúen? ☐ Sí ☐ No

Si tiene preguntas sobre cuándo pueden continuar los beneficios, comuníquese con su trabajadora social.

Información adicional

¿Quiere tener una conversación con su trabajadora sobre este asunto? (Esta es una conferencia informal) ☐ Sí ☐ No

¿Necesita ayuda con su apelación debido a que es ciego o tiene problemas de audición? ☐ Sí ☐ No

Cuéntenos cómo podemos ayudarle:

¿Desea contar con un intérprete para su audiencia? ☐ Sí ☐ No

¿En qué idioma?

Firma de la persona que completó este formulario	Fecha
--	-------