

## VIRGINIA MEDICAID/FAMIS CLIENTE SOLICITUD PARA APELACIÓN

Se puede llenar esta solicitud en línea en [www.dmas.virginia.gov](http://www.dmas.virginia.gov)

Completa esta Solicitud para Apelación lo más completo posible o escribe una carta con la misma información. Por favor explica por qué está apelando. Si necesita más espacio, puede incluir hojas de papel adicionales. Para su conveniencia, usted puede completar esta solicitud en línea y envíe por correo o por fax a la División de Apelaciones.

**Si el apelante ha fallecido, usted debe presentar evidencia de una corte que usted califica como Ejecutor o Administrador de Bienes del Apelante. Un Poder Legal o Ultimo Deseo y Testamento no es prueba aceptable de representación para un apelante fallecido.**

Información Para Firmar:

- Si la apelación es **para un hijo menor de edad**, los padres necesitan firmar este formulario. Si los padres quieren designar un representante, incluye El Formulario de Representante Autorizado que está en página 3 de esta Solicitud para Apelación. Si está apelando como tutela legal del niño, necesita prueba de custodia.
- Cuando **un esposo o miembro familiar** representará el apelante adulto, incluya El Formulario de Representante Autorizado localizada en la página 3 de esta Solicitud de Apelación. El apelante adulto debe firmar la solicitud o incluir documento otorgando poder de abogado, autorizando que esa persona actúe en su nombre durante la apelación.
- Si el apelante no puede firmar El Formulario de Representante Autorizado porque **está incapacitado físicamente**, la persona quien está actuando en nombre del apelante necesita completar el Formulario de Representante Autorizado que está en página 3 de esta Solicitud para Apelación, y describir la razón por cual el apelante no puede físicamente firmar el formulario.
- Si el apelante no puede firmar el Formulario de Representante Autorizado porque **está incapacitado mentalmente**, la persona quien está actuando en nombre del apelante necesita presentar prueba de la tutela legal con la apelación.

### El Plazo para Presentando una Apelación:

La apelación necesita estar matasellados o enviado por fax dentro de **30 días** de recibiendo la decisión de la agencia, o la fecha que el apelante se supone haber recibido la decisión, pero no recibió.

**Enviar la Solicitud para Apelación o una carta de apelación lo más pronto posible para proteger sus derechos de apelaciones.**

Envíe la Solicitud para Apelación completado o carta de apelación y documentos relatados incluyendo el Aviso de Negación/Terminación con respecto a la decisión a:

Appeals Division  
Dept. of Medical Assistance Services  
600 East Broad Street  
Richmond, VA 23219



Fax (804) 452-5454

¿Estás completando esta apelación dentro de 30 días de recibiendo la decisión de la agencia, o por la fecha la agencia se supone que hizo la decisión? Si no, llenar el Cuestionario de Motivo Justificante por debajo. **Si** **No**

### Cuestionario de Motivo Justificante

1. ¿Recibió un aviso de negación o terminación? **Si** **No**
2. ¿Cuál fue la fecha matasellada en el sobre? **¿Cuándo recibió el aviso?**
3. ¿Si no recibió el aviso, cómo se enteró de la negación o terminación?
4. ¿Tienes problemas recibiendo el correo? **Si** **No** **¿Qué tipos de problemas?**  
¿Denunciaste los problemas a la oficina de correos? **Si** **No**
5. ¿Ha cambiado su dirección? **Si** **No** **¿Cuándo?**
6. ¿Si su dirección ha cambiado, notificaste a la agencia? **Si** **No** **¿Cuándo notificaste a la agencia que la dirección ha cambiado?**
7. ¿Por qué no sumitiste la apelación dentro de los 30 días que recibiste el aviso de la decisión o dentro de 30 días de enterarte de la decisión de la agencia?

# VIRGINIA MEDICAID/FAMIS CLIENTE SOLICITUD PARA APELACIÓN

Apellido de Apelante Medicaid/FAMIS <input style="width: 95%;" type="text"/>		Primer Nombre <input style="width: 95%;" type="text"/>		Inicial del Segundo <input style="width: 95%;" type="text"/>	El Sufijo <input style="width: 95%;" type="text"/>
Dirección Física – Calle o PO Box <input style="width: 95%;" type="text"/>		Ciudad <input style="width: 45%;" type="text"/>	Estado <input style="width: 45%;" type="text"/>	Código Postal <input style="width: 95%;" type="text"/>	Fecha de nacimiento <input style="width: 95%;" type="text"/>
Medicaid / FAMIS Numero de Caso <input style="width: 95%;" type="text"/>	Cliente ID # <input style="width: 95%;" type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Número Primario de teléfono con código de área <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Lenguaje hablado preferido <input style="width: 95%;" type="text"/>	Lenguaje escrito preferido <input style="width: 95%;" type="text"/>	¿Necesitas un intérprete? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de teléfono alternativo con código de área <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Número de Seguro Social (SSN) <input style="width: 95%;" type="text"/>		¿Ya submitiste una el apelación por el mismo problema? (por correo o fax). <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha <input style="width: 40%;" type="text"/>		La dirección de correo electrónico <input style="width: 95%;" type="text"/>	

**¿Eres un esposo de comunidad apelando el ingreso ó determinación de recursos para tu esposo?**  Si  No

<b>¿Recibió un aviso de negación o terminación de una Agencia?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre de agencia <input style="width: 40%;" type="text"/> Número de teléfono <input style="width: 40%;" type="text"/> Fecha de aviso <input style="width: 40%;" type="text"/> Trabajador de Caso <input style="width: 40%;" type="text"/>		<b>Incluye una copia del aviso de negación o terminación en respecto a la decisión que estás apelando.</b>
---	--	--

La agencia (marque todo lo que corresponda)

- Solicitud denegada o cobertuda terminada para: Medicaid      FAMIU
- Se nego a procesar mi aplicacion para: Medicaid      FAMS
- Ha fallado determinar mi elegibilidad dentro tiempo limito para: Medicaid      FAMS
- Solicitado reembolso para beneficios pagado por servicios médicos previamente recibido.  
Me declararon sin discapacidad.
- Negado servicios médicos o autorizados para servicios médicos. Nombra el servicio:
- Denegaron o terminaron servicios de exencion medica. Nombra la exencion y el servicio:
- Transferido o descargado de un centro enfermeria (nursing facility). Nombra el centro:
- Hizo otra acción que afectado mi recibo de Medicaid, FAMIS, o otros servicios médicos.

Escribe una declaración breve acerca de por qué estas solicitando una apelación. Adjunta una página adicional si necesita más espacio.

**\*Información Importante si está solicitando Cobertura Continua\***

El Departamento de Asistencia Servicios Médicos puede recuperar gastos pagados en nombre de los clientes cuando Medicaid o FAMIS cobertura esta continuado durante el proceso de apelación y el Oficial de Audiencias confirma la decisión de la agencia. Pagos para servicios médicos (incluyendo MCO honorarios) desde la fecha original de la propuesta de terminación o reducción en servicios, hasta la fecha actual de terminación o reducción estarán sujetos a recuperación.

**Cobertura Continua**

¿Si usted tenía cobertura de Medicaid antes que sus beneficios fueran cancelados, quieres cobertura continuada durante el proceso de Apelacion is usted califica?

Si  No

**Representante Autorizado**

¿El apelante estará representado por otra persona durante el proceso de apelación?  Si  No

Si su respuesta es sí, llene y entregue el Formulario de Representante Autorizado en la página 3 de esta Solicitud de Apelación, o presente un Poder Legal. Para un apelante fallecido, presente evidencia de una corte que usted califica como Ejecutor o Administrador de Bienes del Apelante. Un Poder Legal, Ultimo Deseo o Testamento no es prueba aceptable de representación, si el apelante ha fallecido.

**Firma del Apelante**

**Fecha**

Este formulario debe ser firmado por un apelante adulto o el padre del hijo menor de edad nombrado en la parte superior de este formulario. Si el representante autorizado, quien no es un abogado, firma este formulario, debe llenar y entregar el Formulario de Representante Autorizado en la página 3 de esta Solicitud para Apelación.

**Para rellenar un formulario en línea visite [www.dmas.virginia.gov](http://www.dmas.virginia.gov)**

# VIRGINIA MEDICAID / FAMIS CLIENTE APELACION FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

## Información del Apelante

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_ Numero de caso: \_\_\_\_\_

Número de teléfono con el código de área: \_\_\_\_\_

## Información del Representante Autorizado

Yo por esto nombro \_\_\_\_\_ como Representante Autorizado para actuar en mi nombre durante mi apelación de Medicaid / FAMIS. Esta autorización caducará automáticamente cuando mi apelación está terminada o si revoco en escritura a:

Appeals Division  
Dept. of Medical Assistance Services      o      Fax (804) 452-5454  
600 East Broad Street  
Richmond, VA 23219

Mi relación al Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

La dirección del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

El número de teléfono con el código de área del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

- Esta autorización es por mi solicitud y entiendo que tengo el derecho a rechazar a firmar esta autorización y es estrictamente voluntario
- Entiendo que mi firma no renuncia mi derecho para representarme a mí mismo
- Yo entiendo que mi firma no renuncia mi obligación financiera en el caso que la decisión de apelación ese en favor de la agencia.
- Autorizo a mi Representante Autorizado tener acceso a toda mi información de salud protegida con respecto a mi apelación y consiento que esta información puede ser revelada a otras personas en relación con esta apelación

Nombre imprimido / Padre del hijo menor de edad: \_\_\_\_\_

Firma del Apelante/ Padre del hijo menor de edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

### Si el apelante no puede firmar porque esta incapacitado físicamente, el Representante Autorizado puede firmar abajo:

Yo, por el presente, certifico que (apelante) \_\_\_\_\_ no puede físicamente firmar este formulario de Representante Autorizado. Describe la incapacidad física afectando el apelante.

Firma de Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Nota: Este formulario no es válido para apelantes quien no pueden firmar porque están incapacitados mentalmente o han fallecido.**

Si el apelante no puede firmar este Formulario de Representante Autorizado porque está incapacitado mentalmente, la persona actuando en su nombre necesita presentar prueba legal de tutela con la apelación. Si el apelante ha fallecido, usted debe presentar evidencia de una corte que usted califica como Ejecutor o Administrador de Bienes del Apelante. Un Poder Legal o Ultimo Deseo y Testamento no es prueba aceptable de representación.