

Cómo solicitar una Audiencia Estatal Imparcial después de una apelación:

Si solicitó una apelación después de recibir el formulario de Notificación de Determinación Adversa y no está de acuerdo con la decisión de la apelación, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia estatal imparcial. Debe solicitar una audiencia a más tardar 120 días de la fecha indicada en la portada del formulario de Notificación de Determinación Adversa.

Cómo continuar con sus servicios durante el Proceso de la Audiencia Estatal Imparcial:

Si solicitó previamente continuar con sus servicios mientras aplicaba para una apelación, sus servicios continuarán durante el proceso de la audiencia estatal imparcial, si se cumple *todo* de lo siguiente:

- Presentó la solicitud para una apelación dentro de 60 días de la fecha indicada en el formulario de Notificación de Determinación Adversa.
- La apelación involucra la terminación, suspensión o reducción de servicios previamente autorizados.
- Los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado.
- El periodo cubierto por la autorización original no se ha vencido.
- Solicitó que sus servicios continúen dentro de los 10 días calendario de la fecha de la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios.

Para mantener los mismos servicios mientras solicita una Audiencia Estatal Imparcial:

- Debe de haber solicitado previamente una apelación y solicitado continuar sus servicios dentro de 10 días de la fecha indicada en el formulario de Notificación de Determinación Adversa.
- Si solicitó continuar con sus servicios durante el proceso de la apelación, sus servicios de salud mental de Medi-Cal seguirán iguales hasta que ocurra uno de los siguientes:
 - Retira la apelación o la solicitud para una audiencia estatal imparcial.
 - No solicita la continuación de servicios dentro del periodo de tiempo indicado.
 - Recibe una decisión sobre su audiencia estatal imparcial que apoya la decisión original del formulario de Notificación de Determinación Adversa de Beneficios.

Regulaciones estatales disponibles

Las regulaciones estatales, incluyendo las que cubren las audiencias estatales, están disponibles en la oficina de bien estar local del condado.

Para obtener ayuda

Usted puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de ayuda legal o de otros grupos. Puede preguntar sobre sus derechos a una audiencia o para ayuda legal gratuita de la Unidad de Consulta Pública y Respuesta:

- Llame gratis al: 1-800-952-5253
- Si tiene problemas de audición y usa TDD, llame al: 1-800-952-8349

Representante autorizado

Usted puede representarse a sí mismo durante la audiencia estatal. También puede ser representado por un amigo, un abogado o cualquier persona que usted elija. Debe hacer arreglos para este representante usted mismo.

Notificación de la Ley de Prácticas de Información (Código Civil de California Sección 1798, et. seq.)

La información que se le pide que escriba en este formulario se necesita para procesar su solicitud para una audiencia. Se puede demorar el proceso si no hay información completa. Un archivo será creado por la División de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Sociales del Estado de California. Usted tiene el derecho de examinar los materiales que componen su registro para tomar decisiones y puede encontrar este registro al comunicarse con la Unidad de Consulta Pública y Respuesta (como se menciona bajo **“Para obtener ayuda”**). Cualquier información que provee puede ser compartida con la HHS del Condado de Yolo, el Departamento Estatal de Servicios Sociales Públicos y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (Autoridad: Código de Bienestar e Instituciones, Sección 14100.2).

COMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL

La mejor manera de solicitar una audiencia es de llenar el formulario de “SOLICITUD DE AUDIENCIA” encontrado en la siguiente página. *Haga una copia de los dos lados para sus registros*, y entonces mande el formulario completado a la dirección a continuación; o llame a 1-800-952-5253, y TDD 1-800-952-8349 para los con problemas de audición; o somete una solicitud en línea al:
<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>

**California Department of Social Services State
Hearing Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430**

SOLICITUD DE AUDIENCIA

Deseo una audiencia debido a una acción relacionada con Medi-Cal por mi Plan de Salud Mental, Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Yolo, Salud Conductual.

Marque aquí si desea una audiencia estatal expedita e incluya la razón a continuación.

Es porque: _____

Marque aquí y agregue una página si necesita más espacio.

Mi nombre: (letra de molde) _____
Mi número de seguro social: _____
Mi dirección: (letra de molde) _____
Mi número de teléfono: () _____
Mi firma _____ **Fecha:** _____

Necesito un intérprete gratuito. Mi idioma o dialecto es:

Deseo que la persona nombrada a continuación me representa en la audiencia. Doy mi permiso para que esta persona vea mis registros y que venga a la audiencia por mí.

Nombre: (letra de molde) _____

Dirección: (letra de molde) _____

Número de teléfono:() _____