



HEALTH CARE
AUTHORITY

Michelle Lujan Grisham, Gobernadora

Kari Armijo, Secretaria

Alex Castillo Smith, Subsecretaria

Kathy Slater Huff, Subsecretaria

Kyra Ochoa, Subsecretaria

Dana Flannery, Directora de Medicaid

Solicitud de Audiencia Justa

Por favor complete y envíe este formulario a:

- Correo electrónico: HCA-FairHearings@hca.nm.gov

- Fax: 505-476-6215

Sección A: Información del Solicitante	Sección B: Información del Representante
<p>Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre (si tiene): _____ Apellido: _____ Sufijo (si tiene, como Jr., Sr., etc.): _____ Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ _____ Número de Caso: _____</p> <p>Información de la Agencia (si se conoce): - Nombre de la agencia que emitió la decisión (como ISD, Presbyterian, Blue Cross, etc.) - Fecha de la notificación - Adjunte una copia de la notificación si la tiene.</p>	<p><input type="checkbox"/> Marque aquí si tiene un representante que le ayude. Luego, complete la información de su representante a continuación.</p> <p>Nombre: _____ Apellido: _____ Nombre de la Agencia (si aplica): _____ _____ Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ _____ Teléfono o Número de Mensaje: _____</p> <p>Relación con el Solicitante: (por ejemplo, Abogado, Tutor Legal, POA, Representante Autorizado) Nota: Adjunte documentos que demuestren que esta persona está autorizada para representarlo..</p>

Por favor complete seccione "C" en la siguiente página



HEALTH CARE
AUTHORITY

Michelle Lujan Grisham, Governor
Kari Armijo, Secretary
Alex Castillo Smith, Deputy Secretary
Kathy Slater Huff, Deputy Secretary
Kyra Ochoa, Deputy Secretary
Dana Flannery, Medicaid Director

Sección C: ¿Para Qué Programa(s) Solicita una Audiencia?

Marque todos los programas para los que desea la audiencia:

- SNAP
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés)
- LIHEAP/LIHWAP
- Servicios de Manutención Infantil
- Asistencia General
- Medicaid
- Organización de Atención Administrada (MCO por sus siglas en inglés) – aseguranza de salud
- Exención DD/MiVia
- Alta/Admisión en Centro de Enfermería y PASARR
- Recuperación de Bienes de Medicaid

¿Cuál es el problema?

- Beneficios detenidos o reducidos
- Solicitud denegada
- Beneficios retrasados
- Solicitud de devolución de beneficios
- Sobre pago
- Ejecución de Manutención Infantil (como embargo de impuestos, gravamen bancario)
- Servicios DD/MiVia (como presupuesto o terapia)
- Inscripción o Servicios de MCO (como medicación, equipo)
- Otro _____

Si está apelando una decisión del MCO (su aseguranza de salud), ¿ha completado el proceso de apelación interna del MCO?

- Sí
- No

Por favor complete secciones "D", "E" y "F" en la siguiente página



HEALTH CARE
AUTHORITY

Michelle Lujan Grisham, Governor
Kari Armijo, Secretary
Alex Castillo Smith, Deputy Secretary
Kathy Slater Huff, Deputy Secretary
Kyra Ochoa, Deputy Secretary
Dana Flannery, Medicaid Director

Sección D: ¿Por Qué Necesita una Audiencia?

Explique por qué cree que la decisión es incorrecta. Proporcione tantos detalles como pueda.

Sección E: ¿Desea Continuar Recibiendo Beneficios Mientras Espera una decisión final?

Seleccione una opción:

Sí – Quiero que mis beneficios continúen mientras espero la decisión final. Nota: Si la decisión final no es a mi favor, es posible que deba devolver los beneficios.

- No – No quiero continuar recibiendo beneficios mientras espero.

Sección F: Firma

Firma el solicitante o representante autorizador

Fecha:

Número de Teléfono

Si necesita ayuda legal, comuníquese con la Asociación de Abogados del Estado de NM al 505-797-6000.

Puede enviar cualquier evidencia para su audiencia por correo electrónico (HCA-FairHearings@hca.nm.gov) o fax (505-476-6215).

New Mexico Health Care Authority | Office of Fair Hearings

Email: HCA-FairHearings@hca.nm.gov | Phone: (505) 476-6213 | Fax: (505) 476-6215 | PO Box 2348 Santa Fe, NM 87504