



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

REQUEST TO WITHDRAW A FAIR HEARING

**THIS FORM MAY ONLY BE COMPLETED BY THE CLAIMANT/APPELLANT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE.
UNSIGNED FORMS OR FORMS SIGNED BY SOMEONE WITHOUT AUTHORIZATION WILL NOT BE CONSIDERED VALID.**

Date: _____ Fair Hearing Number (i.e. 25-MC-12345): _____

Claimant/Appellant Information:

Name (Last, First): _____
Mailing Address: _____
Phone Number: _____
Email Address: _____

Representative Information:

Name (Last, First): _____
Relationship to Claimant/Appellant: _____
Organization (if applicable): _____
Mailing Address: _____
Phone Number: _____
Email Address: _____

What is the reason the Fair Hearing is being WITHDRAWN
(Examples: The issue was resolved, No longer wish to pursue the issue, etc.)

I wish to withdraw my request for a Fair Hearing with the New Mexico Health Care Authority's Office of Fair Hearings. I understand that by withdrawing my request an Administrative Law Judge may dismiss my Fair Hearing request. I understand I have ten (10) calendar days from the date of the submission of this form to retract my request to withdraw by contacting the Office of Fair Hearings.

Signature: _____ **Date:** _____



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

SOLICITUD DE RETIRO DE UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

ESTE FORMULARIO SOLO PUEDE SER COMPLETADO POR EL RECLAMANTE/APELANTE O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO.

LOS FORMULARIOS SIN FIRMAR O FIRMADOS POR ALGUIEN SIN AUTORIZACIÓN NO SE CONSIDERARÁN VÁLIDOS.

Fecha: _____ Número de audiencia imparcial (i.e. 25-MC-12345): _____

Información del Reclamante/Apelante:

Nombre (apellido, nombre): _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Información Representativa:

Nombre (apellido, nombre): _____

Relación con el Demandante/Apelante: _____

Organización (si corresponde): _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Cuál es la razón por la que se RETIRA la Audiencia Justa?

(Ejemplos: el problema se resolvió, ya no desea continuar con el problema, etc.)

Deseo retirar mi solicitud de una Audiencia Imparcial ante la Oficina de Audiencias Justas de la Autoridad de Atención Médica de Nuevo México. Entiendo que al retirar mi solicitud, un Juez de Derecho Administrativo puede desestimar mi solicitud de Audiencia Justa. Entiendo que tengo diez (10) días calendario a partir de la fecha de presentación de este formulario para retractarme de mi solicitud de retiro comunicándome con la Oficina de Audiencias Justas.

Firma: _____

Fecha: _____