



## **AVISO SOBRE EL DERECHO DE APELACIÓN DEL INDIVIDUO**

Cualquier individuo que pide o recibe servicios de Medicaid con fondos exonerados (waivers) tiene el derecho de apelar la determinación - el individuo no cumple con el criterio de elegibilidad del programa con fondos exonerados - que hacen los empleados de las agencias en la Entrevista Preliminar de Pre-Admisión o Servicios Individuales y Apoyo de Abogacía (PAS/ISSA). La agencia PAS/ISSA notificará al individuo por escrito sobre las decisiones y el proceso de apelación.

Cualquier individuo que recibe servicios de Medicaid con fondos exonerados tiene el derecho de apelar la determinación de los servicios exonerados autorizados por la División de Discapacidades del Desarrollo (DD) de DHS o reducción de los servicios por el equipo individual de planificadores de servicios o la División de Discapacidades del Desarrollo de DHS. El profesional calificado en retardo mental (QMRP) quien reúne al equipo o la División de DD, notificará al individuo por escrito sobre las decisiones y el proceso de apelación.

El proceso está descrito completamente en el reglamento de exoneraciones de Medicaid del Departamento (59 ILL. Adm. Código 120.110) y en reglamento de apelaciones de HFS (89 ILL. Adm. Código 104.70).

El individuo o tutor legal debe someter una petición para apelación por escrito al Departamento de Servicios de Cuidado de Salud y Familias (HFS) a la siguiente dirección, dentro de los 60 días de la fecha en que el individuo recibe el aviso indicando las acciones mencionadas arriba. Estos 60 días de límite no aplican si la agencia PAS/ISSA, la División de Discapacidades del Desarrollo o el profesional calificado en retraso mental (QMRP) que ha pedido la reunión del equipo de planificadores del plan de servicios individual, no avisa por escrito al individuo sobre la decisión o sobre el límite de tiempo.

Si la petición para apelación se recibe dentro de los 10 días después de haber recibido la notificación de la acción, la decisión del aviso debe detenerse, pendiente a los resultados de la apelación.

El proceso de apelación incluye una revisión por un oficial de audiencias imparciales nombrado por HFS. HFS, como única agencia de Medicaid del Estado, tomará la decisión administrativa final para las personas en programas de Medicaid con fondos exonerados.

Para más información comuníquese con:

Illinois Department of Healthcare and Family Services  
Bureau of Administrative Hearings  
401 South Clinton Avenue 6th Floor  
Chicago, Illinois 60607  
Telehpone: (312) 793-2636

Yo he leído este formulario, o me lo han leído, y se me ha dado la oportunidad de hacer las preguntas que pueda tener sobre mi derecho de apelar bajo el Programa con Fondos Exonerados - Servicios Basados en el Hogar y Comunidad de Medicaid

Nombre del Individuo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Firma del Individuo o Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_