



## Aviso Sobre el Derecho de Apelación del Individuo en las Determinaciones con Exenciones del Medicaid

Cualquier individuo que pide o recibe servicios con exenciones de fondos (waivers) de Medicaid tiene el derecho de apelar la negación (incluyendo la determinación de elegibilidad), terminación, suspensión o reducción de los servicios con exenciones de fondos. El Profesional Calificado de Discapacidad Intelectual (QIDP) que convocó al equipo de planificación de servicio individual o la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD), cualquier entidad o agencia que haya tomado la acción antes mencionada, notificará al individuo por escrito sobre las decisiones y el proceso de apelación.

Las agencias en la Entrevista Preliminar de Pre-Admisión o Servicios Individuales y Apoyo de Abogacía (PAS/ISSA) PAS/ISSA son responsables de presentar un paquete completo que se empleará en el proceso de revisión de la determinación con respecto a los aspectos específicos del caso. El paquete debe incluir una solicitud escrita y firmada por el individuo / tutor. El paquete debe ser presentado dentro de los 60 días que se recibió el aviso de las acciones mencionadas arriba.

La limitación de los 60 días no aplica si la agencia PAS/ISSA, DDD, o la QIDP no notifica al individuo por escrito de la decisión o del límite de tiempo. La solicitud de apelación por escrito debe ser enviada a:

Department of Human Services  
Division of Developmental Disabilities  
Medicaid Appeals Section  
600 East Ash Street, 3rd Floor Building 400  
Springfield, IL 62703

La DDD tiene 30 días hábiles o laborables para completar una revisión informal del caso de apelación. La DDD entonces debe notificar al individuo y / o tutor de la decisión dentro de los 10 días hábiles siguientes de dicha determinación. Si el individuo y / o tutor no está de acuerdo con la determinación del DDD, tiene la opción de pedir una audiencia administrativa con el Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias para revisar la decisión del DDD.

Para más detalles sobre apelaciones y audiencias imparciales, por favor vea el reglamento de exención de fondos del Medicaid: <http://www.ilga.gov/commission/jcar/admincode/059/059001200C01100R.html> y el reglamento de Audiencias Administrativas: 80 Ill.Adm.Code 104.7.

Yo he leído este formulario, o me lo han leído, y me han dado la oportunidad de hacer las preguntas que tengo sobre mi derecho de apelar bajo Exenciones de Servicios Basados en el Hogar y Comunidad de Medicaid

Nombre del Individuo: \_\_\_\_\_  
(Por Favor Escriba en Letra de Molde)

Firma del Individuo / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_