



**How to Contact Us**

**Go Online:** <https://healthyrhode.ri.gov>

For questions about affordable health coverage or human services programs, call Department of Human Services at 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

**AVISO DE REVISIÓN (EXCLUSIÓN) DE MEDICAID**

Hemos llevado a cabo una revisión de la elegibilidad de su familia para Medicaid. Según nuestros expedientes, las siguientes personas ya no son elegibles para esta categoría de cobertura de Medicaid.

¿Quiénes ya no son elegibles?	Motivos por los que ya no son elegibles
[REDACTED]	<p>Usted tiene 65 años o más y no tiene un niño elegible para Medicaid que usted o su cónyuge incluyan como dependiente en su declaración de impuestos y que viva en su hogar. Por lo tanto, su solicitud de Medicaid ha sido denegada.</p> <p>Fundamento jurídico: 210-RICR-30-00-1.6</p>

Con base en la información que tenemos, usted puede ser elegible para cobertura de seguro en otra categoría de Medicaid o para un plan de seguro a través de HealthSource RI. Necesitamos que nos informe de cualquier cambio en la situación de los miembros de su casa como, por ejemplo, nacimientos, fallecimientos, inscripciones en Medicare, determinaciones de discapacidad por una entidad gubernamental, o reclusiones en prisión o en otra institución, tal como un hogar de ancianos o centro de tratamiento. Usted tiene la obligación de informarnos de estos cambios en su cuenta inmediatamente, ya que pueden afectar su elegibilidad para Medicaid o para ayuda para pagar un seguro médico mediante Healthsource RI.

Por favor, envíenos toda la información necesaria para determinar su posible elegibilidad para otra cobertura de Medicaid a más tardar el 07/30/2023.

¡Hay otras formas de cobertura de seguro disponibles! Por favor, llene el cuestionario adjunto para ayudarnos a determinar si usted, su cónyuge u otro miembro de su casa son elegibles en otras categorías de Medicaid.

Por favor, responda TODAS las preguntas. Marque las casillas de SÍ o NO.

**For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>**

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

1. ¿Esta persona necesita ayuda para pagar primas de Medicare?  Sí  No
2. ¿Esta persona se considera a sí misma discapacitada o ha sido determinada como discapacitada por una entidad estatal o federal para efectos de SSI, seguridad social, beneficios de veterano u otros beneficios relacionados con discapacidad?  Sí  No
3. ¿Tiene esta persona un problema de salud físico, mental o emocional que afecte sus actividades diarias como bañarse, vestirse, acostarse a dormir o realizar quehaceres domésticos?  Sí  No
4. ¿Necesita esta persona servicios de cuidado a largo plazo domiciliarios o en un establecimiento médico o comunitario (por ej., hogar de ancianos) para su problema de salud?  Sí  No
5. ¿Estuvo usted en un hogar de acogida en Rhode Island a la edad de 18 años o después?  
 Sí  No
6. ¿Es usted menor de 65 años y está recibiendo o necesita tratamiento para cáncer de mama o de cuello uterino?  Sí  No
7. ¿Está usted embarazada?  Sí  No. Si es así, fecha de vencimiento  
\_\_\_\_\_

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor responda esta pregunta

8. ¿Debe facturas por servicios médicos?  Sí  No  
Si es así, ¿ha recibido usted u otra persona de su casa tratamientos o medicamentos en los últimos 3 meses y tiene facturas (pagadas o pendientes de pago) por esos tratamientos o medicamentos? ¿O ha pagado alguna factura médica este mes (independientemente de la antigüedad de la factura)?  Sí  No

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor descargue el formulario DHS-2 <http://www.eohhs.ri.gov/Consumer/ConsumerInformation/Applications.aspx>, y llénelo y envíenoslo por correo postal con ambas páginas de esta carta.

O bien puede llamar al Departamento de Servicios Humanos al 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347) y solicitar que se le envíe el formulario por correo postal.

Si prefiere enviarnos el formulario por correo postal, usted debe:

- **Enviar ESTE AVISO COMPLETO con el formulario DHS-2.** Este documento tiene un código de barras que nos ayuda a tramitar su caso.
- **Escriba su nombre y número de caso** en cada página adicional que incluya con el formulario DHS-2.
- **Si su información ha cambiado según las preguntas anteriores, por favor actualice la información en las secciones correspondientes del formulario DHS-2 y adjunte documentos de comprobación para cada sección que actualice.**
- **Envíe por correo postal a:** PO Box 8709 Cranston, RI 02920-8787. O
- **Entregue personalmente:** el formulario en la oficina del DHS de su localidad. Para saber dónde están ubicadas nuestras oficinas, por favor visite [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) o llame al 1-855-MY-RI-DHS.
- **En línea:**
  1. Puede ir a su cuenta de usuario en <https://healthyrhode.ri.gov> para hacer los cambios.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>  
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Date : 07/16/2023

Account Number : [REDACTED]



STATE OF RHODE ISLAND

P.O. BOX 8709

CRANSTON, RI 02920-8787

### DERECHOS DE APELAR

**Usted puede tener el DERECHO** de apelar y tener una Audiencia Administrativa Imparcial si no está de acuerdo con alguna de nuestras decisiones. Puede:

- 1. Llamarnos para discutir una decisión concerniente a sus beneficios.** Comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece en la parte superior de la primera página de este aviso. Cuando llame, no olvide tener a mano este aviso y el número del caso o de identificación.
- 2. Apelar en una Audiencia Administrativa Imparcial.** Una apelación es una solicitud formal de que se convoque una audiencia administrativa para revisar una decisión. Si quiere más información, por favor lea la sección sobre su derecho a tener una Audiencia Administrativa Imparcial.

#### ¿Qué es una audiencia imparcial?

Una audiencia imparcial es la oportunidad de decirle a un funcionario de audiencias administrativas por qué usted está en desacuerdo con una decisión de la agencia acerca de su elegibilidad, sus beneficios o sus costos. En la audiencia también participa un representante de la agencia para explicar las razones por las cuales la agencia tomó esa decisión. El funcionario administrativo tiene la obligación legal de estudiar objetiva e imparcialmente los hechos del caso expuestos por ambas partes.

#### Plazos tope para la presentación de apelaciones y solicitudes de audiencia administrativa

El cuadro de abajo señala los plazos tope para presentar las apelaciones según cada programa. En algunos programas, usted puede continuar recibiendo los beneficios o servicios hasta que se tome una decisión en la audiencia, si presenta la apelación dentro del plazo tope indicado en el cuadro. Si no la presenta en dicho plazo, podría perder su derecho a apelar. Después de que usted presente la apelación, fijaremos la fecha para la audiencia y emitiremos una decisión en los 90 o 60 días siguientes, si la audiencia se relaciona con beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). En el caso de apelaciones correspondientes a HealthSource RI, la decisión se emitirá en los 90 días siguientes a la fecha de recepción de la solicitud de apelación, si es factible administrativamente.

Programa	Debe presentar la apelación en los:	¿Seguirá recibiendo los beneficios (“asistencia pendiente”) si apela en los 10 días siguientes al aviso?
Medicaid	30 días siguientes a la fecha del aviso + 5 días para envío postal	Sí, continuará recibiendo los beneficios automáticamente a menos que usted nos indique lo contrario.
SNAP	90 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Sí, continuará recibiendo los beneficios automáticamente a menos que usted nos indique lo contrario.



CCAP	30 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Podría recibir menos beneficios hasta que se llegue a una decisión en la audiencia.
GPA	10 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Sí, pero debe hacer la solicitud por escrito.
seguro médico comercial	30 días siguientes a la fecha del aviso + 5 días para envío postal	Debe llamar a HealthSource RI en los 30 días siguientes al aviso, para solicitar "asistencia pendiente".
Todos los demás programas	30 días siguientes a la fecha del envío postal del aviso	Sí.

**Apelaciones aceleradas**

Tiene derecho a una apelación acelerada si tiene una necesidad inmediata de servicios de salud o beneficios de SNAP y si el hecho de esperar una apelación de tiempo estándar podría poner en peligro seriamente su vida o su salud, o la capacidad de alcanzar, mantener o recuperar la máxima función. Debemos decidir iniciar las apelaciones aceleradas tan pronto como sea posible, dadas las circunstancias. Si rechazamos su solicitud de una apelación acelerada, le informaremos rápidamente y manejaremos su apelación a través de nuestro proceso habitual.

**Su derecho de continuar recibiendo los beneficios mientras espera por una audiencia**

Usted puede tener derecho a seguir recibiendo los mismos beneficios mientras espera por una audiencia. Esto se llama "Ayuda Pendiente". Exceptuando en el caso de seguros médicos comerciales obtenidos a través de HealthSource RI, si usted apela dentro de un plazo de 10 días, por lo general obtendrá "Ayuda Pendiente" automáticamente. A menos que usted demuestre lo contrario, asumiremos que recibió el aviso 5 días después de la fecha en el aviso de Medicaid o HealthSource RI.

Si tiene Medicaid y desea apelar la terminación de sus beneficios, continuará recibéndolos durante el Período de ayuda pendiente mientras espera la decisión de la audiencia. Durante su período de ayuda pendiente, Medicaid NO solicitará que usted reembolse los costos de cobertura incluso si pierde su apelación. En el caso de HealthSource RI, la asistencia pendiente está disponible solamente si se apela una redeterminación de elegibilidad en los 30 días siguientes a la fecha de la solicitud de apelación, y dicha solicitud se hace por vía telefónica a HealthSource RI al 1-855-840-HSRI (4774). Si usted recibe créditos tributarios para ayudar a pagar sus primas y recibe asistencia pendiente, y luego pierde la apelación, podría deber más dinero en su pago de impuestos federales del siguiente año. Si paga primas mensuales, aún podría tener que pagarlas durante el período de asistencia pendiente.

Si recibe beneficios de SNAP, RIW o GPA y también recibe la Ayuda Pendiente, y luego pierde su apelación, puede que tenga que pagar los beneficios que recibió, pero a los que no tuvo derecho, durante este período.

**Derecho a representarse a sí mismo y derecho a ser representado**

Usted tiene derecho a representarse a sí mismo en la audiencia, o ser representado por cualquier persona que usted elija, incluyendo un fiscal, abogado, amigo o pariente.

Se puede obtener asesoramiento legal de Rhode Island Legal Services, Inc. por el número 274-2652 o 1-800-662-5034. Si elige tener representación legal, el representante debe presentar una Notificación de Comparecencia escrita ante la Oficina de Audiencias en la audiencia o antes de ella. La Notificación de Comparecencia actúa como un comunicado de información confidencial que permite que el representante legal tenga acceso al expediente de la Agencia. También es necesario que la Oficina de Audiencias confirme la representación con fines de seguimiento, revisión, solicitud de continuación, etc.



Case #: [REDACTED]

**La elegibilidad de otros miembros del hogar puede verse afectada**

Nuestra decisión de apelación puede resultar en cambios en la elegibilidad de otro miembro de su hogar.

**Acceso al expediente de su caso**

Usted tiene derecho a ver el expediente de su caso, incluyendo cualquier evidencia que el Estado usará en su audiencia. Para ver este expediente, llámenos al número 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Si apela una medida tomada por HealthSource RI, puede solicitar una copia de su expediente por el número 1-855-840-HSRI (4774).

**Resolución informal**

Podemos arreglar su problema rápidamente sin una audiencia. Por favor, llame al número 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) para que podamos revisar su caso de manera informal. Si apela una medida tomada por HealthSource RI, puede comunicarse con HealthSource RI al número 1-855-840-HSRI (4774) para solicitar una revisión informal de su apelación. Nos pondremos en contacto con usted en un esfuerzo para resolver su apelación informalmente. Su derecho a una audiencia no se verá afectado por los esfuerzos para resolver su problema de esta manera.



Case #: [REDACTED]



## FORMULARIO DE APELACIÓN

### Proceso de Solicitud de apelación

Puede solicitar una apelación de cualquiera de las formas que se indican a continuación. Si envía este formulario, el estado realizará una revisión de su caso para intentar resolver el problema.

- **En línea.** Inicie sesión en su cuenta de [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov) y haga clic en "presentar una apelación."
- **Por teléfono.** Puede presentar una apelación sobre Medicaid y cobertura de atención médica comercial a través de HealthSource RI llamando a HealthSource RI al 1-855-840-HSRI (4774). Para realizar preguntas sobre la presentación de apelaciones sobre programas de servicios humanos como SNAP, RIW, Child Care (cuidado infantil), GPA o SSP, llame al Departamento de Servicios Humanos al 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **En persona.** Para encontrar la oficina más cercana, visite [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) para consultar la ubicación de las oficinas.
- **Por correo.** Complete este formulario y envíelo a:  
ATN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

Nombre (requerido): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (requerido): \_\_\_\_\_

Número de cuenta:(como figura en la parte superior de la notificación): \_\_\_\_\_

Dirección (requerido): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para hablar, leer o escribir en inglés?  Sí  No:

Si responde sí, ¿cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido (marcar con un círculo): correo electrónico / correo postal

Marque los motivos de su apelación:

Cobertura de atención médica:

Servicios humanos:

- \_\_\_ Medicaid
- \_\_\_ Comercial Plan - HealthSource RI
- \_\_\_ Ambos/no estoy seguro

- \_\_\_ SNAP
- \_\_\_ RIW
- \_\_\_ SSP
- \_\_\_ GPA
- \_\_\_ CUIDADO INFANTIL

\_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_



Case #: [REDACTED]

Por favor, explique el motivo de su apelación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Necesita servicios de salud importantes o beneficios del SNAP en forma inmediata? En ese caso, ¿quiere presentar una apelación urgente?  Sí  No :

Si la respuesta es sí, explique los problemas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENTIENDO QUE SI LA DECISIÓN DE LA AUDIENCIA NO ES A MI FAVOR, DEBERÉ REEMBOLSAR TODOS LOS BENEFICIOS DEL SNAP Y DE ASISTENCIA PARA LOS QUE SE DETERMINE QUE NO SOY ELEGIBLE**

Marque este casillero si alguien le ayudará a presentar la apelación o actuará como su propio representante durante el proceso de apelación. El representante puede ser un abogado, amigo o familiar. Proporcione la información de contacto de esta persona:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Desea que su cobertura y sus beneficios continúen sin cambios mientras espera una decisión de la audiencia?  Sí  No :

Firma \_\_\_\_\_

(Beneficiario)

Fecha \_\_\_\_\_

**A SER COMPLETADO POR LA AGENCIA SOLAMENTE:**

EL MOTIVO DE LA APELACIÓN ES:  RIW  MEDICAID  GPA  
 SNAP  PLAN DE SALUD  CUIDADO  
 COMERCIAL  INFANTIL  
 OTRO

Indicar referencia específica de manual de políticas: artículo(s) \_\_\_\_\_

Respuesta de la agencia a la apelación/explicación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Representante de la agencia (Firma) \_\_\_\_\_

(Nombre en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Supervisor (firma) \_\_\_\_\_

(Nombre en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Oficina local \_\_\_\_\_



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call . 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347(TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-697-4347 TTY 711

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nà kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Ɖá 1-855-697-4347 (TTY 711)

**Non-Discrimination Notice**

The Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) and the Department of Human Services (DHS) does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, political beliefs, age, religion or gender in acceptance for or provision of services, employment or treatment, in its education and other program activities. Under other provisions of applicable law, EOHHS/DHS does not discriminate on the basis of sexual orientation, gender identity or expression. For further information about these non-discrimination laws, regulations and complaint procedures for resolution of complaints of discrimination, contact DHS at 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, telephone number (401) 462-2971 (for deaf/hearing impaired 1-800-745-6575 voice; TTY 711).

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>

