



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 EXCLUSIÓN DE SSI

Estimado/a [REDACTED] :

Según nuestros expedientes, el siguiente o siguientes miembros de su hogar ya no reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Por lo tanto, ya no son elegibles para cobertura de Medicaid como miembros de un grupo beneficiario de SSI. Los requisitos para proporcionar cobertura de Medicaid a beneficiarios de SSI están establecidos en la sección 210-RICR-40-00-1 del Código Normativo de Rhode Island.

Nombre del miembro del hogar	Fecha de término de Medicaid
[REDACTED]	08/31/2023

Puede haber otras formas de cobertura disponibles, para lo cual usted debe:

El o los miembros antes mencionados pueden ser elegibles para cobertura de seguro en otra categoría de Medicaid o para un plan de seguro subvencionado a través de HealthSource RI. Se revisó la elegibilidad del miembro o los miembros, pero se necesita información adicional para completar el proceso. Para evitar interrupciones de cobertura, por favor haga una de estas cosas:

- Llamar al Departamento de Servicios Humanos al número telefónico indicado arriba.
- Visitar la oficina local del Departamento de Servicios Humanos. Puede llamar al número indicado arriba para averiguar dónde está situada la oficina.
- Puede llamar también al número que aparece arriba para que le enviemos un formulario de solicitud por correo postal, o puede imprimir el formulario y enviarlo por correo postal. El formulario está disponible en www.dhs.ri.gov
- El formulario debe enviarse a la siguiente dirección:

RI Department of Human Services

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

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

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



Case #: [REDACTED]

P.O. BOX 8709
CRANSTON, RI 02920-8787

Para agilizar el trámite, envíe la primera página de esta carta con el formulario.

Para determinar su elegibilidad para otra cobertura de Medicaid, por favor llene el formulario DHS-2 y envíelo con los documentos de comprobación necesarios y con la primera página de esta carta a más tardar el 08/03/2023.

Si ha estado recibiendo pagos suplementarios del Estado como SSI, dejará de recibirlos 08/31/2023 a menos que nos presente una nueva solicitud DHS-2 para redeterminar su elegibilidad. Puede encontrar el formulario de solicitud en el sitio web del DHS www.dhs.ri.gov o solicitarlo al DHS por teléfono al 1-855-697-4347.

Si le hemos estado pagando primas de Medicare, se las dejaremos de pagar el 08/31/2023 a menos que:

- Nos envíe un formulario de solicitud DHS-2 o MPP (MPP-1) a más tardar el 08/03/2023 Y
- Determinemos que todavía es elegible para este beneficio.

Puede obtener los formularios en el sitio web del DHS www.dhs.ri.gov o solicitarlos llamando al DHS al 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

Usted tiene el derecho de apelar esta decisión. Si cree que cometimos un error al determinar la elegibilidad, por favor lea más abajo la información sobre cómo apelar para obtener una audiencia administrativa. Si presenta la apelación en un plazo de diez (10) días, continuará teniendo la cobertura de Medicaid hasta que se tome una decisión en la audiencia.

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 : 07/15/2023

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.





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 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 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
 OTRO COMERCIAL INFANTIL

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 ដោយមិនគិតល្អ្ល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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 dè nà kè dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuḍu 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>

