



## **ACTUALIZACIÓN IMPORTANTE SOBRE SU COBERTURA DE SALUD**

Se lo ha inscrito automáticamente en un nuevo programa de seguro estatal que ayuda a los clientes de Medicaid de RI que se dieron de baja recientemente a realizar la transición un plan de seguro de salud comercial ofrecido a través de HealthSource RI. El estado de RI pagará la prima del primer mes y su factura puede reflejar ese pago o un saldo adeudado. Si ya realizó un pago antes de que lo hiciera el Estado de RI, el pago del Estado se aplicará como crédito para el mes siguiente.

Después del primer mes de cobertura, los clientes inscritos deben saber que que deben realizar pagos de primas facturados en meses futuros para mantenerse cubiertos. Los pagos de primas vencen el día 23 de cada mes. Consulte su Aviso de Decisión de Beneficios y Aviso de Inscripción para obtener información adicional.

**Si no necesita o no desea esta cobertura,** debe optar por no participar a más tardar 60 días a partir del día en que finalizó su cobertura de Medicaid. De lo contrario, esto puede generarle que adeude obligaciones fiscales o primas ante la aseguradora.

**Si le gustaría conservar este plan,** entonces no es necesario realizar ninguna acción en este momento pero, asegúrese de que los ingresos de su hogar y otra información estén actualizados.

Usted será responsable de los pagos de primas a partir del tercer mes.

**Si desea inscribirse en un plan diferente,** puede hacerlo antes de la fecha de exclusión que se mencionó arriba.

HealthSource RI ofrece planes de varias compañías de seguros, y usted puede optar por cambiar a un plan con otra compañía dentro de este programa.

*Tenga en cuenta que si cambia de plan, es posible que se requiera un pago adicional y puede cambiar su elegibilidad para el programa de inscripción automática donde el estado paga la prima del primer mes. Si cambia de plan, haga su propio pago para asegurarse de que su cobertura esté activada, y el pago del Estado, si corresponde, se aplicará como crédito hacia el próximo mes.*

**Para obtener más información, visite:** [HealthSourceRI.com/transition](https://HealthSourceRI.com/transition)



**Cómo contactarnos**

Visite el sitio web: <https://healthyrhode.ri.gov>

Para preguntas sobre seguros médicos asequibles, llame a HealthSource RI al 1-855-840-4774.

Para preguntas sobre seguros médicos asequibles o programas de servicios humanos, llame al Departamento de Servicios Humanos al 1-855-MY-RIDHS (1-855-697-4347).

## AVISO DE DECISIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

Este aviso le informa sobre los beneficios del programa de salud y servicios humanos. Esta página le informa nuestra decisión sobre sus beneficios. Encontrará más detalles en las páginas siguientes. Si tiene alguna pregunta, por favor contáctenos.

### RESUMEN DE BENEFICIOS

Programa	Decisión
Seguro médico	Se están produciendo cambios en su cobertura médica.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una audiencia de apelación. Hallará más información sobre el proceso de apelación al final de este aviso.

### Ver su cuenta en línea O con la app móvil

La información acerca de sus beneficios está también disponible en su cuenta, en <https://healthyrhode.ri.gov/> o instale la app móvil HealthyRhode en su Smartphone.

Puede acceder a esta cuenta utilizando el nombre de usuario [REDACTED]. Si no recuerda la contraseña, la puede restablecer haciendo clic en "INICIAR SESIÓN" y luego en "¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?", en <https://healthyrhode.ri.gov/>. A través de su cuenta, usted puede solicitar o renovar beneficios, e informar de cambios.



## Detalles Sobre los Beneficios de Su Cobertura de Salud

Con base en la información que usted o una fuente externa nos proporcionó, hicimos un cambio en su elegibilidad para cobertura de seguro médico, que entrará en vigor el 05/13/2023. Vea los detalles a continuación.

<b>Nombre de la persona:</b>	██████████	<b>Fecha de nacimiento:</b>	██████████
------------------------------	------------	-----------------------------	------------

Período o fechas de vigencia	Tipo de asistencia o cobertura	Decisión e información adicional
06/01/2023 a En curso	Advanced Premium Tax Credit	Approved
06/01/2023 a En curso	Cost Sharing Reduction	Approved
06/01/2023 a En curso	Private Health Insurance (Medical Coverage)	Approved with auto-enrollment
06/01/2023 a En curso	MAGI Medicaid	Closed
		Hemos denegado su solicitud de Medicaid porque los ingresos económicos de su familia exceden el límite para elegibilidad.
		<b>Base legal:</b> 210-RICR-40-00-2.6

<b>Nombre de la persona:</b>	PII REDACTED	<b>Fecha de nacimiento:</b>	██████████
------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

Período o fechas de vigencia	Tipo de asistencia o cobertura	Decisión e información adicional
06/01/2023 a En curso	Advanced Premium Tax Credit	Approved
06/01/2023 a En curso	Cost Sharing Reduction	Approved
06/01/2023 a En curso	Private Health Insurance (Medical Coverage)	Approved with auto-enrollment



06/01/2023 a En curso MAGI Medicaid

Closed

Hemos denegado su solicitud de Medicaid porque los ingresos económicos de su familia exceden el límite para elegibilidad.

Base legal:210-RICR-40-00-2.6

Nombre de la persona:	[REDACTED]	Fecha de nacimiento: [REDACTED]
-----------------------	------------	---------------------------------

Período o fechas de vigencia	Tipo de asistencia o cobertura	Decisión e información adicional
06/01/2023 a En curso	Private Health Insurance	Approved
06/01/2023 a En curso	Advanced Premium Tax Credit	Denied  Los ingresos son menores al estándar.  Base legal:45 CFR 155.305
06/01/2023 a En curso	Cost Sharing Reduction	Denied  Los ingresos son menores al estándar.  Base legal:45 CFR 155.305
06/01/2023 a En curso	MAGI Medicaid	Closed  Hemos denegado su solicitud de Medicaid porque los ingresos económicos de su familia exceden el límite para elegibilidad.  Base legal:210-RICR-40-00-2.6

El costo mensual de su cobertura medica para el 2023 es: \$11.36

**Detalles del Seguro Médico Comercial para 2023:**



Su cobertura de Medicaid está terminando después de un proceso de redeterminación de elegibilidad. De acuerdo con la información que consta en el expediente, los miembros de su familia mencionados



anteriormente son elegibles para inscribirse en una cobertura de seguro médico comercial a través de HealthSource RI, con asistencia financiera.

**Antecedentes:**

Debido a una ley federal relacionada con la COVID-19, el Estado de Rhode Island estaba obligado a mantener inscritos a los clientes de Medicaid si estaban en Medicaid a partir del 18 de marzo de 2020. Cuando este requisito federal terminó, el Estado de Rhode Island comenzó los procesos regulares de recertificación y renovación.

**Elegibilidad:**

Se ha determinado que los miembros de su hogar mencionados anteriormente son elegibles para un programa de inscripción automática en un plan de seguro de salud privado. El Estado de Rhode Island pagará el monto de la prima adeudada por el primer y segundo mes, después de los Créditos Fiscales Anticipados para Primas (APTCs). El APTC es un crédito fiscal que puede utilizar para reducir su prima mensual de seguro cuando se inscribe en un plan a través de HealthSource RI. Su APTC se basa en sus ingresos y en la información de su hogar. Usted es elegible para esto debido a los ingresos de su hogar y la finalización de su seguro de Medicaid.

**Como resultado de la determinación de su elegibilidad, se le inscribirá automáticamente en el plan de salud que se indica a continuación.** Su cobertura comenzará en la fecha de entrada en vigor que se indica a continuación. Esta cobertura es diferente del plan que tenía a través de Medicaid, aunque puede ser con la misma compañía de seguros. Deberá pagar una cuota mensual (llamada "prima") y el Estado hará un pago a su prima por el primer y segundo mes de cobertura como parte de un nuevo programa de tiempo limitado financiado por una subvención federal.

Debido a sus circunstancias, también se ha determinado que tiene derecho a un **periodo de inscripción especial**. Este período de inscripción especial dura sesenta días a partir de la finalización de su plan de Medicaid para seleccionar un plan distinto al que se indica a continuación si así lo prefiere. Tenga en cuenta que si cambia de plan, es posible que se le exija un pago adicional y que cambie su derecho a participar en el programa de inscripción automática en el que el Estado paga los dos primeros meses. **Durante este periodo de inscripción especial, también puede seleccionar e inscribirse en un plan dental, si lo necesita.** Si selecciona y se inscribe en un plan dental, puede ser elegible para pagos de primas adicionales a través de este programa para su cobertura dental.

El fundamento jurídico de esta decisión se encuentra en los siguientes lugares:  
220-RICR-90-00-1.8(D); 45 CFR § 155.305; 45 CFR § 155.400; 45 CFR § 155.415; 45 CFR § 155.420.

**Información sobre la autoinscripción:**

- Se le inscribirá en **\*Neighborhood VALUE (CSR94)**.
- La cobertura a través de ese plan comenzará en la **06/01/2023** y,
- El importe de su pago mensual será **\$11.36 después de la aplicación del APTC**).

Usted reúne los requisitos para recibir un APTC máximo de **\$985.17** por mes para reducir la factura de su prima mensual. El APTC se aplicará a la prima de su primer mes. Usted puede decidir si toma esta cantidad completa por adelantado para reducir sus primas, o si guarda parte del crédito para su reembolso de impuestos el próximo año. Según los ingresos de su hogar, también ha calificado para los planes de Reducción de Costos Compartidos (CSR). Los planes CSR tienen deducibles y costos de bolsillo más bajos, lo que significa que usted paga menos cuando va al médico y recibe otros



servicios médicos. **Si sus ingresos, el tamaño de su familia o el acceso a otra cobertura sanitaria han cambiado desde la última vez que actualizó su cuenta, es importante que la actualice con esta información.** Si los datos de su cuenta no están actualizados, es posible que reciba una cantidad excesiva de su crédito fiscal por adelantado y que tenga que devolverlo cuando presente su declaración de impuestos el año que viene.

### ¿Qué sucede después?

- **Si no necesita o no quiere esta cobertura**, debe renunciar a ella a más tardar a los 07/31/2023.
- **Si desea mantener este plan**, asegúrese de que los ingresos de su hogar y otros datos estén actualizados.
  - o *Después de los dos primeros meses, usted será responsable de realizar un pago mensual de la prima según lo indicado en su factura mensual.*
- **Si desea inscribirse en un plan diferente**, puede hacerlo antes de la fecha de exclusión indicada anteriormente.
  - o HealthSource RI ofrece planes de múltiples compañías de seguros, y usted puede optar por cambiar a un plan con otra compañía dentro de este programa.
  - o *Tenga en cuenta que si cambia de plan, es posible que se le exija un pago adicional y que cambie su derecho a participar en el programa de inscripción automática, en el que el Estado paga la prima del primer mes.*
  - o Encuentre más detalles en: [HealthSourceRI.com/transition](https://HealthSourceRI.com/transition)
- **Esté atento al correo o al correo electrónico.** Pronto recibirá un Aviso de inscripción y una Factura con detalles e información adicional. Estos documentos también estarán disponibles en su cuenta del portal de clientes para su referencia.

### Puede ver o actualizar su cuenta de las siguientes maneras:

- **En línea.** Cree o acceda a su cuenta de usuario en <https://healthyrhode.ri.gov>;
- **Por teléfono.** Llame al centro de contacto de HealthSource RI al 1-855-840-4774; o
- **Concertar una cita en persona** para nuestro Centro de Atención al Público.  
Vaya a [HealthSourceRI.com/Appointments/](https://HealthSourceRI.com/Appointments/) para encontrar la hora y la fecha que más le convengan.

**Puede encontrar más información sobre qué esperar y cuáles son sus opciones en:**  
**[www.healthsourceri.com/transition](https://www.healthsourceri.com/transition)**

### ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión acerca de mi cobertura de seguro médico?

Hay fechas tope para presentar una apelación, por lo que deberá actuar prontamente. Puede apelar nuestras decisiones respecto a su cobertura de seguro médico. Por ejemplo, puede apelar si cree que cometimos un error en cuanto al tamaño de su familia, el monto de su ingreso económico, el tipo de cobertura o la cantidad que debe pagar, si fuera el caso. Puede apelar también el tipo de servicios de salud que obtiene. Una apelación es sencillamente una manera de solicitar que se revisen decisiones nuestras que afecten su elegibilidad o beneficios. Esta revisión se hace mediante una audiencia administrativa imparcial. Más adelante en este aviso encontrará información adicional sobre las apelaciones y audiencias.



## Requisitos de notificación de cambios

El mercado de beneficios de salud de Rhode Island exige que usted notifique los cambios que pueden afectar su elegibilidad e inscripción o la de algún miembro de su grupo familiar. Debe notificar cualquier cambio en sus circunstancias o las de un miembro de su grupo familiar dentro de un plazo de 10 días, a saber:

- dirección residencial;
- dirección de correo postal;
- ingresos;
- estado civil;
- personas que se muden a su hogar, o se vayan del mismo, o cambios en las personas que figuran en su declaración de impuestos;
- embarazo de una integrante del grupo familiar;
- encarcelamiento o traslado a una institución;
- acceso a otra cobertura de seguro de salud, incluida la elegibilidad para Medicare o el acceso a un seguro de salud a través de su empleador o a través del empleador de otro integrante del grupo familiar;
- condición de inmigración o ciudadanía;
- nacimiento, adopción, asignación para adopción, matrimonio, divorcio o defunción;
- condición de declaración de impuestos federales sobre la renta; o
- cantidad de dependientes que figuran en su declaración de impuestos federales sobre la renta.



Usted tiene el DERECHO de que se le trate sin discriminación. De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), está prohibido que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que administran o participan en programas del USDA, discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, religión, sexo, identidad de género (incluyendo expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar o parental, creencias políticas o ingresos derivados de programas de beneficencia pública, o en represalia por actividades pasadas de derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizados o financiados por el USDA (no todos los motivos de discriminación son pertinentes a todos los programas). Las fechas límite para presentar recursos legales o quejas varían según el programa e incidente.

Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación (por ej., braille, letra grande, cintas de audio o lenguaje de señas americano) para información de los programas, deben comunicarse con la agencia correspondiente o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (buzón de voz y teléfono de texto/TTY), o comunicarse con el USDA mediante el Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, se puede proporcionar información de los programas en otros idiomas aparte del inglés. Para presentar una queja de discriminación de un programa, llene el Formulario de Queja de Discriminación de Programa del USDA (formulario AD-3027), disponible en línea en

[https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf) y en cualquier oficina del USDA, o envíe una carta al USDA proporcionando en la misma toda la información solicitada en el formulario. El formulario de queja se puede obtener también llamando al (866) 632-9992. Entregue el formulario debidamente llenado o la carta al USDA por (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que brinda igualdad de oportunidades.

La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) y el Departamento de Servicios Humanos (DHS) no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, religión, creencias políticas, edad o género en la aceptación o provisión de servicios, empleo o trato, en sus actividades de educación y otras actividades de programas, en cumplimiento del título VI de la ley de derechos civiles de 1964 (sección 2000d y siguientes del título 42 del Código de los Estados Unidos), la sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973 y sus enmiendas (sección 794 del título 29 del Código de los Estados Unidos), la ley de estadounidenses con discapacidades de 1990 (sección 12101 y siguientes del título 42 del Código de los Estados Unidos), el título IX de las enmiendas de educación de 1972 (sección 1681 y siguientes del título 20 del Código de los Estados Unidos), la ley de alimentos y nutrición de 2008 (anteriormente, ley de cupones para alimentos) y la ley sobre la discriminación por edad de 1975, y las regulaciones de implementación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (partes 80 y 84 del título 45 del Código Federal de Regulaciones), del Departamento de Educación de EE. UU. (partes 104 y 106 del título 34 del Código Federal de Regulaciones) y de los Servicios de Alimentación y Nutrición del Departamento de Agricultura de EE. UU. (sección 272.6 del título 7 del Código Federal de Regulaciones). Conforme a otras disposiciones legales pertinentes, la EOHHS y el DHS tampoco discriminan por motivos de orientación sexual ni expresión o identidad de género. Para obtener más información sobre estas leyes antidiscriminación, regulaciones y procedimientos de queja para la resolución de quejas de discriminación, comuníquese con el DHS en 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. Marque el 711 para usar el sistema de Rhode Island Relay o marque uno de estos números de llamada gratuita: 1-800-745-5555 (TTY) o 1-800-745-6575 (buzón de voz). El funcionario de relaciones con la comunidad es el coordinador de la implementación del título VI; el administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) o su designado es el coordinador de la implementación de la sección 504 del título IX y ADA; el director del DHS o su designado tiene la responsabilidad general de velar por el cumplimiento de los derechos civiles en todos los programas de la agencia; el secretario de la EOHHS tiene la responsabilidad de atender los asuntos de discriminación relacionados con Medicaid; y cualquier queja de este tipo será remitida debidamente.

## DERECHOS

### Información sobre su cobertura y sus derechos:

**Usted tiene DERECHO** a solicitar y, en caso de que reúna los requisitos, a recibir asistencia financiera, servicios de Medicaid o a acceder a los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria en función de las políticas y normas establecidas conforme a las leyes estatales y federales

**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. Por favor continúe leyendo para más información.

### ¿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 recibe asistencia pendiente, y luego pierde la apelación, el Estado podría cobrarle sus costos por brindarle los beneficios o servicios durante el período de asistencia pendiente. 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.

### **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.

**Usted tiene DERECHO a la confidencialidad. En virtud de las leyes estatales, todas las agencias que administran los programas incluidos en esta solicitud están regidas por leyes y reglamentaciones estatales y federales que exigen usar la información sobre usted y sobre los demás miembros de su grupo familiar solamente con fines que estén directamente relacionados con la administración de programas y de acuerdo con las normas para la privacidad de información médica de identificación individual de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, Health**



**Insurance Portability and Accountability Act).** Las restricciones de la HIPAA no nos permiten dar a conocer la información médica sobre usted o sobre algún miembro de su grupo familiar a nadie, incluido un representante no autorizado, a menos que esa persona tenga un poder notarial o que usted haya firmado un formulario de consentimiento para autorizar la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información sobre salud mental, resultados de pruebas de enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, o tratamientos o servicios de dependencia de sustancias químicas.

La EOHHS y el DHS no revelan información sobre usted ni sobre los demás miembros de su grupo familiar sin su consentimiento, excepto en los casos estipulados por las Leyes Generales 40-6-12, 40-6-12.1 y 42-7.2-5(13) de Rhode Island, disposiciones establecidas en el Código Administrativo del DHS y los Códigos de Normas Administrativas de Medicaid. Toda persona que sea considerada culpable de infringir las disposiciones de las Leyes Generales 40-6-12 de Rhode Island habrá incurrido en un delito menor. Quienes incumplan dichas disposiciones estarán sujetos a una multa de un máximo de doscientos dólares (\$200) o un encarcelamiento de hasta seis (6) meses, o ambas cosas.

**Usted tiene DERECHO** a solicitar servicios para la implementación de la manutención a través de la Oficina de Servicios de Manutención de Menores. Si desea obtener una solicitud para estos servicios, visite <http://www.cse.ri.gov/> o diríjase a la Oficina local de Servicios de Manutención de Menores, situada en 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

**Usted tiene DERECHO** a nombrar a un representante autorizado. Un representante autorizado es una persona designada por el jefe de familia, el cónyuge o cualquier otro miembro responsable del grupo familiar, para actuar en representación del grupo familiar al solicitar beneficios de programas o al utilizar dichos beneficios. El representante autorizado en cuanto a los beneficios puede o no ser el mismo individuo designado como representante autorizado para el proceso de solicitud o para cumplir con los requisitos de informe. La designación del representante autorizado debe realizarse por escrito.

## RESPONSABILIDADES

### **Información sobre su cobertura y sus responsabilidades:**

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de proporcionar información precisa sobre sus ingresos, recursos y condiciones de alojamiento en esta solicitud.

### **Información sobre créditos fiscales para el pago de primas**

Usted puede optar por diferir parte de sus créditos fiscales para el pago del seguro de salud y recibir el saldo al presentar su declaración de impuestos federales. Es posible que usted deba reembolsar los créditos fiscales que recibió al momento de presentar su declaración de impuestos federales si el monto que aplica a su prima mensual supera el monto que usted tiene derecho a recibir en virtud de sus ingresos anuales totales.

Para ser elegible para recibir créditos fiscales para el pago del seguro de salud, debe cumplir los siguientes requisitos:

- presentar una declaración de impuestos para el año en que está recibiendo cobertura de seguro de salud;
- notificar cualquier cambio que afecte su elegibilidad, como se indica anteriormente.

### **Información sobre reducciones en los costos compartidos**



Según sus ingresos, usted puede recibir más ayuda financiera para el pago del seguro de salud. Las reducciones en los costos compartidos reducen el monto de los gastos de bolsillo que debe pagar por su atención médica (en otras palabras, por medicamentos en la farmacia o por copagos en el consultorio médico). Por ejemplo, si sus ingresos bajan, se pueden reducir sus copagos o deducibles. El nivel de reducciones depende de los ingresos de su grupo familiar. Si cambian los ingresos de su grupo familiar, también se pueden modificar sus copagos y deducibles.

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de proporcionar los números de Seguro Social (o evidencia de que solicitó alguno) de usted y del resto de los integrantes de su grupo familiar, o de solicitarlos, en caso de que sea necesario, como una condición determinante para la elegibilidad. La recopilación de información mediante la solicitud, así como la información de los números del Seguro Social de todos aquellos miembros de su grupo familiar para los que usted recibe asistencia, está autorizada por la Ley de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Act) de 2008 (anteriormente conocida como “Ley de Cupones de Alimentos” (Food Stamp Act), y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2011-2036, y por la ley federal (45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910). Esta información se utilizará para determinar si su grupo familiar reúne los requisitos de elegibilidad o si sigue reuniéndolos para participar en el SNAP, Medicaid, RIW, Asistencia Pública General (General Public Assistance, GPA), CCAP o el seguro médico comercial con ayuda financiera. El Departamento verificará esta información mediante comparaciones entre datos informáticos con el Departamento de Empleo y Capacitación, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Impuestos Internos, el Servicio de Alimentación y Nutrición, y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por la ley, por regulaciones o contratos, y estarán sujetos a verificaciones por parte de funcionarios federales, estatales y locales. La información sobre ingresos y elegibilidad que obtengamos de estas agencias se utilizará para garantizar que su grupo familiar reúna los requisitos para los beneficios del SNAP, GPA, Cuidado Infantil, RIW, Medicaid y seguro médico comercial con ayuda financiera. Esta información también se utilizará para el control del cumplimiento de las regulaciones de programa, para la gestión de los programas y para evitar el fraude y verificar las reclamaciones relacionadas con la atención médica.

Esta información también podrá ser revelada a otras agencias federales y estatales para que se la examine de manera oficial y a los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley a fin de facilitar la captura de personas que se encuentren fugitivas para evadir la ley. En el caso de que se interponga una demanda contra su grupo familiar, los datos de esta solicitud, entre ellos los números del Seguro Social, se enviarán a las agencias federales y estatales, como también a las agencias privadas para el cobro de las demandas. La acción de proporcionar la información solicitada es voluntaria. Sin embargo, se denegarán los beneficios a todas aquellas personas quienes no proporcionen un número del Seguro Social. Todos los números del Seguro Social que nos proporcione se utilizarán y revelarán de la misma manera que los números del Seguro Social de aquellos miembros del grupo familiar que reúnan los requisitos.

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de cooperar plenamente con el personal federal o estatal que lleve a cabo revisiones de control de calidad.

**Usted tiene la RESPONSABILIDAD** de cooperar con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores si recibe beneficios de Empleos en Rhode Island, Asistencia para el Cuidado Infantil o Medicaid. Debe colaborar para que se establezca, se modifique o se cumpla la manutención de menores para los niños que tiene a cargo, además de determinar la paternidad (de ser necesario). Si puede demostrar que existen motivos suficientes para creer que colaborar con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores lo pone a usted, o bien pone a sus hijos o a los menores que tiene a su cargo, en riesgo de daños causados por el padre que no tiene la custodia, usted puede alegar motivo suficiente para no cooperar.



**PROGRAMA DE EMPLEOS EN RHODE ISLAND, MEDICAID, ASISTENCIA PARA EL  
CUIDADO INFANTIL Y ASISTENCIA PÚBLICA GENERAL  
GRAVÁMENES Y CESIÓN DE DERECHOS**

Entiendo que, conforme a lo estipulado en las secciones 40-6-9, 40-6-10 o 40-8-15 de la ley general de Rhode Island, y sin necesidad de firmar ningún documento:

**a.) Con respecto a la asistencia infantil y a la determinación de la paternidad**

Le he cedido todos y cada uno de los derechos que puedo poseer para mí y en representación de mi(s) hijo(s), al Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) y/o a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), en contra de cualquier persona que no nos brinde respaldo, manutención y asistencia médica a mí y a mi(s) hijo(s) menor(es) que recibe(n) asistencia pagada por el DHS/la EOHHS. El DHS/La EOHHS están autorizados a emprender un proceso legal para determinar la paternidad o recaudar manutención tanto para mí como para mi(s) hijo(s), quien(es) recibe(n) o recibió(eron) asistencia del DHS/de la EOHHS. Si deja de recibir dinero en efectivo o los beneficios de Medicaid, debe informar a la Oficina de Servicios de Manutención de Menores sobre todo cambio que afecte la manutención o los servicios médicos. Tales cambios pueden ser, por ejemplo, que su(s) hijo(s) se mude(n) o que cambie el domicilio.

**b.) Con respecto a los montos recuperables de terceros**

He cedido al DHS/a la EOHHS todos y cada uno de mis derechos y los de cualquier persona a la que represento legalmente, con respecto a los montos recuperables de terceros que sean iguales al monto de la asistencia financiera y los beneficios de Medicaid proporcionados como consecuencia de un accidente, una lesión o una enfermedad.

**c.) Con respecto a los montos recuperables de las compensaciones laborales**

El Departamento de Servicios Humanos y/o la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos podrían imponer un gravamen sobre cualquier concesión, orden o acuerdo pendiente, para el que podría tener derecho a recibir conforme a los capítulos 28 y 29 de las disposiciones de la Ley de Compensaciones Laborales (Workers Compensation Act) de Rhode Island y los capítulos 28 a 38 de las leyes generales de Rhode Island. El propósito del gravamen es garantizar que se realice el reembolso al departamento de los pagos de Medicaid y de ayuda financiera que me realizaron a mí o que se realizaron en mi nombre durante el período en el que se efectuó la compensación, la orden o el acuerdo de la compensación laboral.

**d.) Con respecto a los gravámenes sobre el acervo hereditario de beneficiarios fallecidos para el reembolso de Medicaid**

El DHS/La EOHHS podrán aplicar un gravamen sobre el acervo hereditario de un beneficiario de Medicaid que, al momento de fallecer, tenía cincuenta y cinco (55) años o más. **A los fines de esta sección, el término “acervo hereditario” de una persona fallecida incluye toda propiedad personal e inmueble y demás activos incluidos o que puedan incluirse en su acervo hereditario.** Según la sección 40-8-15 de la R.I.G.L., el monto total de Medicaid que se pague en nombre de un beneficiario de Medicaid que haya tenido cincuenta y cinco (55) años o más al momento de recibir dicha asistencia, se adeudará al estado y constituirá un gravamen sobre el acervo hereditario del beneficiario, a favor del DHS. Sin embargo, el gravamen no tendrá vigencia y no se aplicará al acervo hereditario de un beneficiario al que lo sobrevivan un cónyuge, un hijo menor de veintiún (21) años o un hijo ciego o discapacitado total o parcialmente, como se define en el Título XVI (SSI) de la Ley de Seguro Social (Social Security Act). Los territorios tribales y determinadas propiedades que pertenecen a los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska pueden estar eximidos de la recuperación.

Entiendo que esta solicitud podrá utilizarse como autorización del Departamento de Servicios Humanos para solicitarles a los proveedores médicos información que sea pertinente para mí o cualquier persona que se incluya en esta solicitud, siempre y cuando el caso permanezca abierto.

Entiendo y acepto que la oficina del DHS podrá comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias para determinar mi elegibilidad y mi nivel de beneficios.



El DHS podrá utilizar o compartir información sobre esta solicitud para la administración de los programas del DHS, como también la administración de otros programas de asistencia financiados a nivel federal, conforme a las leyes, los contratos y las regulaciones estatales y federales.

EL DHS podrá divulgar información no identificable con fines de investigación. Cualquier tipo de divulgación de información de identificación se realizará conforme a las leyes estatales y federales.

**Plan de Seguro Médico Comercial: Cancelación por parte del Asegurado**

Usted puede cancelar o dar fin a la cobertura de seguro médico de cualquier miembro de su hogar en cualquier momento. Su cobertura terminará el último día del mes en que usted hace la solicitud. Por ejemplo, si solicita la cancelación el 17 de mayo, el último día de la cobertura será el 31 de mayo. Por favor, tenga presente que podría tener que pagar una multa por no tener seguro médico.

**Plan de Seguro Médico Comercial: Finalización de cobertura por parte de su compañía de seguro o del mercado de seguros**

Los siguientes miembros de su grupo familiar están inscritos en un QHP Seguro Médico Comercial:

Nombre
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Su cobertura o la cobertura de cualquier miembro de su grupo familiar en un QHP de Seguro Médico Comercial puede ser cancelada solamente si se produce uno de los siguientes eventos:

- si usted o un miembro de su grupo familiar pierden la elegibilidad para recibir cobertura a través de HealthSource RI,
- si usted o el miembro de su hogar no paga las primas y su período de gracia termina (45 CFR § 155.430 (b) (2) (ii)),
- si se da por finalizada su cobertura o la cobertura de un miembro de su grupo familiar debido a la detección de información fraudulenta en su solicitud,
- si su aseguradora o la de un miembro de su grupo familiar se retira de la actividad o pierde su licencia o certificación en virtud de la legislación estatal, y
- si usted o un miembro de su grupo familiar se cambian a otro plan ofrecido en HealthSource RI durante un período de inscripción abierta o especial.

**Si usted tiene necesidades especiales de atención médica**

Es posible que usted y los miembros de su grupo familiar sean elegibles para recibir más servicios a través de Medicaid si algún miembro del grupo familiar tiene necesidades especiales de atención médica.

- Algún miembro de su grupo familiar tiene una discapacidad?
- Algún miembro de su grupo familiar necesita una residencia con cuidados de enfermería u otros servicios de cuidados de largo plazo?
- Algún miembro de su grupo familiar recibe facturas médicas elevadas o frecuentes? Si la respuesta es sí, averigüe si son elegibles por tener necesidades especiales de atención médica. Para obtener más información, llame al (855) 712-9158 o visite [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com)





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.

<b>Programa</b>	<b>Debe presentar la apelación en los:</b>	<b>¿Seguirá recibiendo los beneficios (“asistencia pendiente”) si apela en los 10 días siguientes al aviso?</b>
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 recibe asistencia pendiente, y luego pierde la apelación, el Estado podría cobrarle sus costos por brindarle los beneficios o servicios durante el período de asistencia pendiente. 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 #: PII 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.** Para presentar una apelación en línea, acceda a su cuenta en <https://healthyrhode.ri.gov> y haga clic en el archivo de una apelación.
- **Por teléfono.** Puede presentar una apelación sobre Medicaid y comercial seguro de saúde 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 en persona visita de asistencia [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) para ver la ubicación de las oficinas.
- **Por correo.** Complete este formulario y envíelo por correo a STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

Nombre (obligatorio): \_\_\_\_\_

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

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Dirección (obligatorio): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

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

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

Mi apelación se refiere a:	_____ RIW	_____ MEDICAL ASSISTANCE	_____ GPA
	_____ SNAP	_____ CHILD CARE	_____ OTHER



Por favor, explique el motivo de su apelación:

¿Necesita servicios de salud importantes en forma inmediata? En ese caso, ¿quiere presentar una apelación urgente? Sí / No. Si responde sí, explique la razón:

---

---

¿Desea que su cobertura y sus beneficios continúen sin cambios mientras espera una audiencia? Sí / No

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

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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



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 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).

