

**FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA AUDIENCIA ESTATAL POR UNA DENEGACIÓN DE CUIDADO MÉDICO ADMINISTRADO**

Para solicitar una Audiencia Estatal, llame al: **1-800-743-8525**. Los usuarios de TDD deben llamar al **1-800-952-8349**. También puede solicitar una audiencia de las siguientes maneras:

- Puede solicitar una audiencia **EN LÍNEA** en **WWW.CDSS.CA.GOV**
- Puede llenar este formulario y enviarlo por **FAX** a la División de Audiencias Estatales al **916-309-3487**
- Puede llenar este formulario y enviarlo por **CORREO ELECTRÓNICO** a **SCOPEOFBENEFIT S@DSS.CA.GOV**
- **(Nota: Si lo envía por correo electrónico, tenga en cuenta de que hay riesgos de que un tercero, que no es la División de Audiencias Estatales, pueda interceptar su mensaje. Le recomendamos que considere usar un método más seguro para enviar su solicitud).**
- También puede enviar esta Solicitud de Audiencia Estatal por **CORREO** a:

California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, MS 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

**Para obtener ayuda gratuita para llenar este formulario, llame al número de teléfono de ayuda legal que figura en el Aviso adjunto “Sus Derechos”**

**No estoy de acuerdo con la decisión sobre mi atención médica. Indique el tratamiento, el medicamento, el equipo o el servicio que solicitó el doctor. No estoy de acuerdo porque:**

---

---

---

---

(Si necesita más espacio, use otra hoja y adjúntela a esta).

**PROPORCIONE ESTA INFORMACIÓN ACERCA DEL BENEFICIARIO**  
(la persona a la que se le denegaron los beneficios médicos)

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN (donde pueda recibir correspondencia):** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

¿Tenemos su permiso para comunicarnos con usted por correo electrónico? [  ] SÍ [  ] NO

Si responde que Sí, escriba su **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

Proporcione su **Tarjeta de Identificación de Beneficiario (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal o el Número del Seguro Social** si lo tiene: \_\_\_\_\_

¿Tiene Medi-Cal Regular (**Pago por Servicio**) o **Atención Médica Coordinada**?  
\_\_\_\_\_

Si tiene **Atención Médica Coordinada**, escriba el nombre de su **PLAN DE SALUD:**  
\_\_\_\_\_

**RESPONDA CADA PREGUNTA QUE CORRESPONDA AL BENEFICIARIO**

Mi Doctor solicitó este beneficio de salud en esta fecha: \_\_\_\_\_

El Plan de Salud denegó este beneficio de salud en esta fecha: \_\_\_\_\_

Apelé el caso ante el Plan de Salud:  
Sí [ ] ¿En qué fecha? \_\_\_\_\_ NO [ ]

El Plan de Salud me dio una respuesta a la apelación:  
Sí [ ] ¿En qué fecha? \_\_\_\_\_ NO [ ]

¿Le pidió al Plan de Salud una apelación acelerada (72 Horas)? [ ] Sí [ ] NO

¿Decidió el Plan de Salud la apelación en 72 Horas? [ ] Sí [ ] NO

**NECESITO LO SIGUIENTE PARA MI AUDIENCIA (Marque estas Casillas si le corresponden a usted):**

**Necesito una Audiencia Acelerada porque mi situación es urgente:** Mi caso debe decidirse muy rápidamente y no puedo esperar hasta 90 días. Esto es lo que sucederá si no se toma una decisión rápida:

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

***EXPLIQUE POR QUÉ NO PUEDE ESPERAR HASTA 90 DÍAS. Si no da una explicación, su caso no será acelerado y será programado en el calendario normal. Puede presentar una carta de su doctor o plan que demuestre por qué usted no puede esperar.***

**Continuación de los Servicios/Ayuda Pagada Pendiente: Que continúe mi tratamiento** hasta que el Juez decida mi caso. (Describa el tratamiento que quiere continuar e indique **en qué fecha el plan lo interrumpió o tiene planeado interrumpirlo**):

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

**Deseo un Intérprete Gratuito.** Mi idioma o dialecto es: \_\_\_\_\_

**Tengo una discapacidad y quiero una adaptación razonable que me ayude a participa en mi audiencia.** Las adaptaciones que quiero son:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Quiero que otra persona hable por mí (me represente) en la audiencia.** Esta persona puede ver mis registros médicos con relación a esta audiencia y asistir a la audiencia. La persona que elegí para hablar en mi nombre es:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Mi firma: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**ENVÍE ESTE FORMULARIO CON UNA COPIA DE LA CARTA (AVISO DE RESOLUCIÓN DE APELACIÓN) QUE RECIBÍÓ DE SU PLAN SI LA TIENE. (SI USTED QUIERE CONSERVAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO, HAGA UNA COPIA ANTES DE ENVIARLO).**