

## INSTRUCCIONES SOBRE EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Si está solicitando servicios de exención o servicios en un centro de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual (Intermediate Care Facility for persons with an Intellectual Disability, ICF/ID), o si se opone a una acción tomada por la Entidad Administrativa (Administrative Entity, AE), el Programa del Condado o la Oficina de Programas de Desarrollo (Office of Developmental Programs, ODP) que afectan negativamente su reclamo o autorización para los servicios de exención, tiene derecho a una audiencia imparcial ante la Oficina de Audiencias y Apelaciones (Bureau of Hearings and Appeals, BHA) del Departamento de Servicios Humanos. Puede solicitar una audiencia imparcial en las siguientes circunstancias:

- Se determina que es probable que usted cumpla con un nivel de atención para los servicios del ICF/ID o del ICF por otras afecciones relacionadas (Other Related Conditions, ORC) y está inscrito para recibir asistencia médica, pero no tiene la oportunidad de expresar una preferencia de prestación de servicios para los servicios de exención o del ICF/ID.
- Se le niega su preferencia de servicios de exención, gestión de servicios específicos (Targeted Services Management, TSM) o servicios del ICF/ID.
- En función de una referencia de la AE o del Programa del Condado, un profesional de discapacidad del desarrollo calificado (Qualified Developmental Disability Professional, QDDP) determina que usted no necesita un nivel de atención y elegibilidad para los servicios denegados o cancelados del ICF/ID o ICF/ORC.
- Se le niega el(los) servicio(s) de exención de su elección, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de dichos servicios.
- Se le niega la opción de proveedores de exención o TSM calificados y dispuestos a atenderlo.
- Se toma una decisión o se realiza una acción para denegar, suspender, reducir o cancelar un servicio de exención autorizado en su Plan de apoyo individual (Individual Support Plan, ISP).

### PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL/APELACIÓN:

Tiene derecho a presentar una solicitud de audiencia imparcial directamente ante la agencia que tomó la determinación que afectó su reclamo o autorización para los servicios de exención, TSM o ICF/ID (Programa del Condado, AE o ODP). Tiene el derecho de apelar cualquier acción adversa y de tener una audiencia si no está satisfecho con cualquier decisión de denegar, suspender, reducir o cancelar los servicios de exención. Para presentar una apelación se debe usar el formulario DP 458 (adjunto).

**PARA:** La AE o el Programa del Condado que tomó la decisión que afectó su reclamo o autorización para los servicios de exención, TSM o ICF/ID debe completar la sección PARA del formulario DP 458 y enviárselo a usted con la notificación de determinación por escrito. Si no recibió un formulario DP 458 de la AE o el Programa del Condado o si la sección PARA no se completó, complete esta sección con el nombre y la dirección de la entidad (la AE, el Programa del Condado o la ODP) que tomó la determinación.

**Recuerde: Todas las solicitudes de audiencia imparcial/apelaciones deben enviarse directamente a la agencia que tomó la determinación con respecto a su reclamo o autorización para los servicios de exención, TSM o ICF/ID.**

**DE:** El apelante es la persona a quien la determinación afecta de manera directa. Si bien un sustituto puede completar el formulario DP 458 en nombre del apelante, esta sección se debe completar con información del apelante.

**SOLICITO ESTA APELACIÓN EN FUNCIÓN DE LAS SIGUIENTES ACCIONES:** Escriba o introduzca el motivo de su apelación. Esto se debe basar en la notificación por escrito proporcionada por la AE, el Programa del Condado o la ODP que describe la determinación que afectó su reclamo o autorización para los servicios de exención, TSM o ICF/ID. Si no recibió una notificación por escrito, resuma la determinación que se le proporcionó verbalmente.

**SOLICITO LAS SIGUIENTES MEDIDAS PARA RESOLVER ESTA APELACIÓN:** Escriba o introduzca las acciones que le gustaría tengan lugar para resolver el problema por el que está presentando la apelación.

**NOMBRE DEL SUSTITUTO DE LA PERSONA, DIRECCIÓN DE CORREO DEL SUSTITUTO, NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA DEL SUSTITUTO, RELACIÓN DEL SUSTITUTO CON EL APELANTE:** Si un sustituto completa este formulario en nombre del apelante, esta información debe estar completa.

**MARQUE LA CASILLA QUE APARECE AL LADO DEL TIPO DE AUDIENCIA QUE DESEA:** BHA llevará a cabo una audiencia telefónica o en persona. Marque la casilla correspondiente para indicar el tipo de audiencia que desea que tenga lugar.

- **Audiencias telefónicas:** Si no tiene un teléfono que pueda usar para llevar a cabo esta audiencia, puede usar un teléfono en el Programa MH/ID del Condado, la oficina de la AE, la oficina de la ODP o el teléfono de un amigo, pariente o vecino. Indique el número de teléfono donde se puede contactar a todas las partes para llevar a cabo una audiencia.
- **Audiencias en persona:** Este tipo de audiencia se lleva a cabo en uno de los siguientes lugares: Erie, Harrisburg, Filadelfia, Pittsburgh, Plymouth o Reading. Si solicita una audiencia en persona, se le enviará más información sobre la ubicación exacta del lugar de la audiencia a usted y a la AE, el Programa del Condado o la ODP. El apelante también tiene disponible una segunda opción de audiencias personales en las que el apelante y el juez de Derecho Administrativo estarán en la BHA y la AE, el Programa del Condado o la ODP participarán por teléfono.

**PARA LA AUDIENCIA:** Si necesita adaptaciones para asistir o participar en la audiencia, indique las adaptaciones específicas que necesita (intérprete de idiomas, dispositivo de comunicación, etc.) en el formulario DP 458 cuando presente su solicitud de audiencia imparcial/apelación. Todas las solicitudes de asistencia para obtener una adaptación deben hacerse antes de la audiencia. Comuníquese con el Programa del Condado, la AE, la ODP o la BHA para solicitar asistencia. También puede traer su propio intérprete o dispositivo de comunicación, etc., a la audiencia.

**FIRMAS:** Todos los formularios DP 458 deben contener la firma del apelante o su sustituto cuando se presente la apelación. Si falta la firma o una marca en el formulario DP 458, la BHA se comunicará con el apelante o sustituto directamente para obtener la firma o marca requerida. Si el apelante no tiene un sustituto y no puede firmar el formulario, se aceptan las siguientes alternativas.

- El apelante puede hacer una marca en la línea de la firma. Si se utiliza este método, dos testigos también deben firmar el formulario en ese momento.
- Si el apelante no puede firmar o hacer una marca, entonces en la línea de la firma se debe indicar «no puede firmar o hacer una marca» y dos testigos también deben firmar el formulario en ese momento.

Una vez que la AE, el Programa del Condado o la ODP hayan recibido el formulario DP 458, lo enviarán a la oficina regional de la BHA correspondiente.

### PLAZO DE APELACIÓN PARA LA CONTINUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EXENCIÓN:

Si está apelando un cambio (es decir, reducción, terminación o suspensión) de los servicios actuales de exención que están autorizados en su ISP y desea que dichos servicios continúen sin cambios durante el proceso de apelación, debe completar el formulario DP 458 y enviárselo a la agencia que tomó la determinación que afectó negativamente su autorización o reclamo de servicios dentro de **10 DÍAS** a partir de la fecha de envío de la notificación por escrito de la AE o la ODP acerca de la decisión de cambiar sus servicios de exención. (Tenga en cuenta que la notificación de la ODP se enviará a través de PROMISE™; no recibirá una carta de la AE).

### PLAZO DE APELACIÓN EN QUE LA CONTINUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EXENCIÓN NO ESTÁ IMPLICADA:

Los servicios que se deniegan sin haber sido previamente autorizados en el ISP no pueden proporcionarse pendientes de apelación. También puede haber casos en los que no desee que su nivel actual de servicios de exención continúe hasta que se llegue a una decisión en la audiencia imparcial. En estas situaciones, así como para las medidas tomadas con respecto a la preferencia de prestación del servicio de exención o la elegibilidad de TSM, se le otorga un plazo de **30 días calendario** para apelar la denegación, reducción, suspensión o modificación. El formulario DP 458 se debe completar y enviar a la agencia que tomó la determinación que afectó negativamente su autorización o reclamo de servicios dentro de los **30 días calendario** de la fecha de envío de la notificación por escrito de la decisión o acción.

### PLAZO DE APELACIÓN CUANDO NO SE PROPORCIONÓ NINGUNA NOTIFICACIÓN POR ESCRITO:

El Programa del Condado, la AE y la ODP están obligados a proporcionar una notificación por escrito de cualquier determinación hecha por la agencia que afecte negativamente su autorización o reclamo de servicios. Si una agencia inicia una acción en relación con los servicios de exención o TSM o rechaza verbalmente una solicitud nueva para servicio de exención o un cambio en sus servicios actuales de exención sin proporcionar una notificación por escrito, tiene 6 meses calendario a partir de la fecha de vigencia de la acción o notificación verbal para solicitar una audiencia imparcial. Cuando se presente esta apelación, todos los servicios terminados o reducidos se reintegrarán retroactivamente (si es posible) a la fecha de discontinuación y al nivel provisto en la fecha de la acción. Estos servicios continuarán hasta que se tome una decisión adversa después de la audiencia imparcial.

### REUNIONES PREVIAS A LA AUDIENCIA:

Además de presentar una solicitud de audiencia imparcial/apelación, puede optar por asistir a una reunión previa a la audiencia con la agencia que tomó la decisión que afectó negativamente su autorización o reclamo de servicios de exención, TSM o ICF/ID (el Programa del Condado, la AE o la ODP) sin perder sus derechos de apelación. Si desea tener una reunión previa a la audiencia, comuníquese con la agencia que tomó la decisión inmediatamente después de recibir la notificación por escrito acerca de la decisión o acción adversa. Una reunión previa a la audiencia es ideal para usted y se debe realizar antes de la audiencia imparcial programada.

### INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Si desea asistir a una reunión previa a la audiencia para hablar sobre sus inquietudes, o si necesita ayuda para presentar una solicitud de audiencia imparcial/apelación, comuníquese con la AE, el Programa del Condado o la persona designada por la ODP que se indica a continuación (cuando el formulario sea completado por la entidad mencionada):

NOMBRE:	DIRECCIÓN:
NÚMERO DE TELÉFONO: (      )	

Luego, la persona designada fotocopiará el formulario DP 458 completado y le enviará una copia a usted, a la oficina regional y a la oficina central de la ODP correspondiente. Las direcciones de las oficinas central y regional de la ODP y la información de contacto se pueden consultar en el siguiente sitio web:

<http://www.dhs.pa.gov/learnaboutdhs/helpfultelephonenumber/regionaldevelopmentalprogramfieldoffices/index.htm>

Puede acceder a la información de contacto de la BHA del Departamento de Servicios Humanos en el siguiente sitio web:

<http://www.dpw.state.pa.us/findfacilsandlocs/bureauofhearingsandappealsregionaloffices/index.htm>

### REPRESENTACIÓN EN LA AUDIENCIA:

Tiene el derecho de representarse a usted mismo en la audiencia. Puede presentar los motivos por los que no está de acuerdo con la acción o decisión ante el juez de Derecho Administrativo de la BHA que presida la audiencia. También puede presentar evidencia y testigos para respaldar su caso.

También tiene derecho a que otra persona lo represente. Si necesita asesoría legal, se adjunta una lista de las oficinas de asistencia legal. Si solicita ayuda adicional, la persona designada lo remitirá a las organizaciones de defensa de su comunidad.

### PREGUNTAS:

Si tiene alguna pregunta sobre la forma de completar el formulario DP 458 o la información contenida en estas instrucciones, comuníquese con su AE, Programa del Condado o coordinador de apoyos. También puede comunicarse con la línea de Atención al Cliente de la ODP al **1-888-565-9435**. Número de TTY gratuito (teléfono solo para personas con problemas de audición): 1-866-388-1114. Teléfono local: 717-265-7427. Un miembro de Atención al Cliente contestará las llamadas durante el horario laboral habitual, que es de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:00 p. m., hora del Este.

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**PARA:**

<b>COMPLETADO POR LA ENTIDAD QUE TOMÓ LA DECISIÓN QUE AFECTÓ LOS SERVICIOS O LA ELEGIBILIDAD, O POR EL APELANTE SI NO LO COMPLETÓ LA ENTIDAD.</b>
AE/CONDADO/ODP:
DIRECCIÓN:
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL:
FECHA DE RECEPCIÓN DE LA APELACIÓN:

**DE:**

<b>COMPLETADO POR EL APELANTE/SUSTITUTO</b>
NOMBRE DEL APELANTE:
DIRECCIÓN:
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA:
NÚMERO DEL RECEPTOR DE MEDICAID:

Por la presente solicito una audiencia imparcial ante la Oficina de Audiencias y Apelaciones del Departamento de Servicios Humanos. Solicito esta apelación en nombre mío o del apelante mencionado anteriormente que está solicitando o recibiendo servicios a través del Apoyo consolidado, Apoyo dirigido por la persona/familia o la Exención de vida en comunidad.

SOLICITO ESTA APELACIÓN EN FUNCIÓN DE LAS SIGUIENTES ACCIONES (PUEDE ADJUNTAR MÁS PÁGINAS SI ES NECESARIO):	
SOLICITO LAS SIGUIENTES MEDIDAS PARA RESOLVER ESTA APELACIÓN (EXPLICAR):	
NOMBRE DEL SUSTITUTO DEL APELANTE (SI CORRESPONDE):	
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL DEL SUSTITUTO (SI CORRESPONDE):	
NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA DEL SUSTITUTO:	RELACIÓN DEL SUSTITUTO CON EL APELANTE:

**Marque la casilla junto al tipo de audiencia que desea:**

- Quiero una audiencia telefónica. Podrá comunicarse conmigo, mis testigos y con cualquier persona que me ayude a este número de teléfono: \_\_\_\_\_
- Quiero una audiencia telefónica. Podrá comunicarse conmigo, mis testigos y con cualquier persona que me ayude a través de la siguiente entidad (marque uno):
- Entidad Administrativa (AE)   
  Programa del Condado   
  ODP
- Quiero una audiencia en persona. Yo, mis testigos y cualquier persona que me ayude estaremos presentes en la sala de audiencias con el juez y el personal de la AE/Programa del Condado/ODP.
- Quiero una audiencia en persona. Yo, mis testigos y cualquiera que me ayude estaremos presentes en la sala de audiencias con el juez. El personal de la AE/Programa del Condado/ODP estará en comunicación telefónica.

**Para la audiencia:**

- Marque si necesita ayuda especial debido a una deficiencia auditiva o discapacidad.  
Describe: \_\_\_\_\_
- Marque si necesita un intérprete. No tendrá costo para usted. ¿Qué idioma? \_\_\_\_\_

**FIRMAS:**

APELANTE (OBLIGATORIO):		FECHA:
TESTIGO (SI EL APELANTE HACE UNA MARCA):	TESTIGO (SI EL APELANTE HACE UNA MARCA):	
SUSTITUTO (SI CORRESPONDE):		FECHA:

**UNA VEZ QUE LA AE, EL PROGRAMA DEL CONDADO O LA ODP HAYA RECIBIDO ESTA APELACIÓN, LA REENVIARÁN A LA OFICINA REGIONAL CORRESPONDIENTE DE LA OFICINA DE AUDIENCIAS Y APELACIONES, SEGÚN SE INDICA EN:**

[www.dhs.pa.gov/learnaboutdhs/dhsorganization/officeofadministration/bureauofhearingsandappeals/index.htm](http://www.dhs.pa.gov/learnaboutdhs/dhsorganization/officeofadministration/bureauofhearingsandappeals/index.htm)