

## SOLICITUD DE AUDIENCIA ADMINISTRATIVA ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST

Use este formulario para solicitar una audiencia ante un juez. Envíe este formulario por correo dentro de un plazo de 90 días calendario de la fecha en la notificación de elegibilidad con la que está en desacuerdo. Usted podría conservar cobertura de Apple Health durante el proceso de audiencia si solicita la audiencia en menos de 10 días.

**IMPORTANTE:** Si tiene necesidad inmediata de servicios médicos porque el proceso regular de apelaciones (que tarda hasta 90 días) podría poner en riesgo su vida, salud o capacidad de mantener o recuperar sus capacidades máximas, por favor llame al 1-855-859-2512 para más información.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                         |                    |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------|
| No. ID de solicitud de Healthplanfinder:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fecha en la notificación de elegibilidad:                               | Fecha de hoy:      |                                                |
| <b>INFORMACIÓN DEL APELANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                         |                    |                                                |
| Nombre del apelante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Apellido                                                                | Inicial intermedia | Fecha de nacimiento                            |
| Dirección postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ciudad                                                                  | Código postal      | Número de teléfono durante el día<br>(       ) |
| Dirección de correo electrónico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nombre del empleador/compañía<br>(si su empleador ofrece seguro médico) |                    | Número de teléfono del empleador               |
| ¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted? <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                         |                    |                                                |
| <b>MOTIVO DE SU AUDIENCIA ADMINISTRATIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         |                    |                                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Washington Apple Health (por ejemplo, Medicaid, CHIP) ¿Preguntas? 1-800-562-3022</b><br><input type="checkbox"/> Quisiera conservar mi cobertura de WA Apple Health durante el proceso de apelación. Debe enviar este formulario a la Autoridad de Atención Médica dentro de un plazo de 10 días desde la recepción de la notificación o antes de que termine su cobertura, lo que ocurra después.<br><div style="margin-left: 40px;">Envíe por correo postal a:    Health Care Authority<br/> <div style="margin-left: 20px;">PO Box 45504<br/> Olympia, WA 98504-5504</div> </div> |                                                                         |                    |                                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Seguro médico, créditos tributarios para primas, costos compartidos, inscripción especial ¿Preguntas? 1-855-859-2512</b><br><div style="margin-left: 40px;">Envíe por correo postal a:    WAHBE Appeals<br/> <div style="margin-left: 20px;">PO Box 1757<br/> Olympia, WA 98507-1757<br/> Envíe por fax al: 360-841-7653</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                         |                    |                                                |
| Por favor explique por qué cree que nuestra decisión estuvo equivocada (para que el juez sepa por qué quiere una audiencia):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         |                    |                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                     |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------|
| <b>¿CÓMO PODEMOS AYUDAR?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                     |               |
| Las audiencias se realizan en inglés, a menos que solicite un intérprete u otras adaptaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                     |               |
| ¿Desea sus notificaciones en un idioma que no sea Inglés?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Si la respuesta es sí, ¿qué idioma? |               |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                     |               |
| ¿Desea un intérprete sin costo para usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br>Los amigos o familiares no pueden actuar como sus intérpretes en la audiencia.                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Si la respuesta es sí, ¿qué idioma? |               |
| ¿Necesita otras adaptaciones o ayuda debido a una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                     |               |
| Si la respuesta es sí, describa lo que necesita:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                     |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                     |               |
| <b>AFILIACIÓN TRIBAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                     |               |
| ¿Es usted miembro de una tribu reconocida federalmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                     |               |
| Si la respuesta es sí, ¿qué tribu?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                     |               |
| <b>REPRESENTANTE (NO ES OBLIGATORIO)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                     |               |
| Apellido del representante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Nombre                              |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                     |               |
| Correo electrónico del representante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Número de teléfono                  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                     |               |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Ciudad                              | Código postal |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                     |               |
| Relación del representante con el apelante. (Marque todas las que apliquen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                     |               |
| <input type="checkbox"/> Abogado/Consejo legal <input type="checkbox"/> Agente o corredor de seguros<br><input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Tutor Legal / Poder notarial<br><input type="checkbox"/> Familiar o amigo <input type="checkbox"/> Consultor legal o defensor (no abogado)<br><input type="checkbox"/> Representante tribal <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                    |  |                                     |               |
| <b>FIRMA (REQUERIDA)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                     |               |
| Mi firma debajo es mi solicitud de una audiencia ante un juez. No estoy de acuerdo con la decisión sobre mi elegibilidad para créditos tributarios, Apple Health o inscripción especial tomada por Washington Healthplanfinder. La información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que esta solicitud de audiencia puede ser reenviada a la entidad con autoridad para manejar mi apelación. |  |                                     |               |
| Firma del solicitante primario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Fecha                               |               |
| X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                     |               |

El mercado de beneficios de salud (Health Benefit Exchange) de Washington ofrece acceso equitativo a todos sus servicios.