



**SOLICITUD DE REVISIÓN DE CASO O AUDIENCIA JUSTA**

Complete este formulario **SOLO** si no está de acuerdo con la decisión de elegibilidad de Maryland Health Connection.  
Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al (855) 642-8572 (Las personas sordas o con dificultades auditivas utilizan el servicio Relay)

**1. Díganos quién es. Escriba con letra de imprenta.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ID de la aplicación MD Health Connection: \_\_\_\_\_

**2.Cuál es la razón por la que solicita la audiencia? Seleccione solo una.**

\_\_\_\_\_ No se me permitió solicitar cobertura a través de Maryland Health Connection.

\_\_\_\_\_ Se negó por error mi solicitud por una de las siguientes razones:

\_\_\_\_\_ Elegibilidad para Medicaid (recuerde que las disputas con la MCO no pueden apelarse)

\_\_\_\_\_ Elegibilidad para un plan de atención calificada.

\_\_\_\_\_ Elegibilidad para asistencia financiera (crédito fiscal anticipado para las primas o costos compartidos)

\_\_\_\_\_ Elegibilidad estatal para la Asistencia con las primas para jóvenes adultos

\_\_\_\_\_ Se negó por error mi solicitud por otra razón

\_\_\_\_\_ Otra razón por la que solicito una audiencia

**Si usted recibió un aviso, ¿cuál es la fecha en el aviso?** \_\_\_\_\_

¿Por qué desea una audiencia? Díganos qué sucedió. (Adjunte otra hoja si es necesario.) \_\_\_\_\_

**3. Para elegibilidad para Medicaid y MCHP:** entiendo que si actualmente estoy recibiendo MCHP/Medicaid y solicito una audiencia en los primeros 10 días desde la fecha de la decisión, puedo continuar recibiendo esos beneficios mientras espero mi audiencia al menos que mi período de beneficio culmine. También entiendo que puede que tenga que reembolsar esos beneficios si pierdo mi apelación.

Marque aquí si usted NO desea beneficios mientras espera por su audiencia.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**4. Para elegibilidad para un Plan de Atención Calificada:** entiendo que si solicito una audiencia en los primeros 90 días desde la emisión de la decisión, todavía puedo inscribirme en un plan de atención calificada y recibir algún subsidio de impuestos para el que actualmente soy elegible. El resultado de mi apelación puede cambiar la cobertura para la que califico y dependiendo del resultado de mi apelación, puede que tenga que reembolsar al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) cualquier subsidio de impuestos recibido.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha