

# STATE OF COLORADO



XXXXXXX  
 XXXXXXXXXXX  
 XXXXXXXXXXX  
 XXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX  
 XXXXXXXXXXXXX  
 XXXXXXXXXXXXX  
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 (XXX) XXX-XXXX

Fecha y hora en que se determinó su elegibilidad:

	<b>Aprobación: Su solicitud ha sido aprobada para la(s) siguiente(s) persona(s).</b>		
Tipo de Beneficios	Nombre del individuo e Identificación de Asistencia Médica	Fecha de solicitud	Fecha de Inicio de la Cobertura
<b>Información adicional:</b>			
<b>Regla Que Justifica la Decisión:</b>			

	<b>Negación: Su solicitud ha sido negada para la(s) siguiente(s) persona(s).</b>	
Tipo de Beneficios	Nombre del individuo e Identificación de Asistencia Médica	Fecha de Solicitud
<b>Razón:</b>		
<b>Regla Que Justifica la Decisión:</b>		

	<b>Cambios que se han hecho para la(s) siguiente(s) persona(s).</b>	
Tipo de Beneficios	Nombre del individuo e Identificación de Asistencia Médica	Fecha en que hará Efecto el Cambio
<b>Razón:</b>		
<b>Regla Que Justifica la Decisión:</b>		

	<b>Terminación: Los beneficios terminarán para la(s) siguiente(s) persona(s).</b>	
Tipo de Beneficios	Nombre del individuo e Identificación de Asistencia Médica	Fecha en que Terminará la beneficios



**Terminación: Los beneficios terminarán para la(s) siguiente(s) persona(s).**

**Razón:**

**Regla Que Justifica la Decisión:**

## Usted tiene el derecho a una audiencia imparcial si no está de acuerdo con la decisión

Su derecho de apelación	Si usted cree que cualquier parte de la presente decisión es incorrecta, puede pedir (1) una Audiencia con el Estado (2) una conferencia en la oficina del condado o la oficina de Solicitud de Asistencia Médica (MA site) (3) o ambos.
Continuación de los beneficios	<p>Si este aviso dice que sus beneficios se detendrán y usted quiere que sus beneficios continúen mientras apela, debe solicitar una Audiencia con el Estado o una conferencia en la oficina del condado o la oficina de Solicitud de Asistencia Médica antes de la fecha efectiva de la terminación. Esta fecha se muestra en la primera página de este aviso. Sus beneficios entonces continuarán hasta que la Agencia tome una decisión final. Si usted pierde su apelación, usted puede tener que pagar por cualquier beneficio que haya recibido. Usted puede solicitar por escrito que sus beneficios se detengan durante el proceso de la apelación. Si usted decide dejar de recibir beneficios, y usted gana su apelación, se le devolverán los beneficios perdidos. Para más información, póngase en contacto con el trabajador nombrado en la página 1 de este aviso.</p> <p>Si sus beneficios terminan, usted puede volver a solicitarlos en cualquier momento.</p>
Conferencia en la oficina del Condado o la oficina de Solicitud de Asistencia Médica	<p>Usted puede solicitar una reunión informal (conferencia) con personal del condado, distintos al trabajador que tomó la decisión, para revisar su caso con usted. Si desea una conferencia con el condado tendrá que hacer lo siguiente: (1) enviar o entregar una carta al trabajador mencionado en la página 1 de este anuncio; (2) incluya la siguiente información en la carta: su nombre, su dirección postal, su número de teléfono durante el día y una copia de este aviso o el Número de Identificación del Caso mostrado en la parte inferior de cada página de esta carta; (3) su solicitud debe ser recibida antes de la fecha efectiva mencionada en la página 1 de este aviso. Asegúrese de quedarse con una copia para sus registros personales.</p> <p>En una conferencia con el condado usted tiene el derecho de representarse personalmente o de escoger un abogado, un pariente, un amigo o cualquier otra persona que actúe como su representante autorizado.</p>
Audiencia con el Estado	Usted puede pedir una audiencia formal con un Juez de Derecho Administrativo. Su solicitud debe ser recibida dentro de los 30 días a partir de la fecha y la hora en que se determinó su elegibilidad como se muestra en la página 1 de este aviso, incluso si usted ha solicitado una conferencia con el condado. Para solicitar esta Audiencia con el Estado, es necesario que (1) firme este aviso y lo envíe por correo o por fax a la Oficina de los Tribunales Administrativos o (2) envíe por correo o fax una carta que incluya su nombre, su dirección postal, su número de teléfono, la razón por la que desea apelar y una copia de este aviso a la Oficina de Tribunales Administrativos. La carta deberá

	<p>ser recibida por la Oficina de Tribunales Administrativos antes de treinta (30) días a partir de la fecha de este aviso. La dirección y número de fax de la Oficina de Tribunales Administrativos es:</p> <p>Office for Administrative Courts 633 Seventeenth St, Suite 1300 Denver, Colorado 80202 Phone # 303-866-2000 Fax # 303-866-5909</p> <p>Si la solicitud para una Audiencia con el Estado no se recibe dentro de los 30 días a partir de la fecha de este aviso, usted puede perder su derecho a una Audiencia con el Estado. La Oficina de los Tribunales Administrativos se pondrá en contacto con usted por correo con la fecha, hora y lugar donde se llevará a cabo la Audiencia con el Estado.</p> <p>En la Audiencia con el Estado, usted tiene el derecho de representarse personalmente o de escoger un abogado, un pariente, un amigo o cualquier otra persona que actúe como su representante autorizado.</p>
Ayuda Legal	<p>Si desea solicitar ayuda legal gratuita, llame a la oficina en Denver de los Servicios Jurídicos de Colorado al 303-837-1313 o póngase en contacto con su oficina de Servicios Jurídicos de Colorado.</p>
Política De No Discriminación	<p>La Ley Federal prohíbe la discriminación. Si usted cree que ha sido tratado injustamente debido a su raza, color, sexo, edad, religión, creencias políticas, origen nacional, incapacidad mental o física, usted tiene el derecho a quejarse con su Departamento de Servicios Humanos del Condado, el Departamento de Servicios Humanos de Colorado (Programa de Servicios Financieros para Adultos, Colorado Works, Ayuda Alimenticia) o el Departamento de Política de Salud y Financiamiento (programas de Medicaid o CHP+). También puede escribir y mandar su queja al gobierno federal a las siguientes direcciones:</p> <p>Office for Civil Rights Region VIII U.S. Dept of Health &amp; Human Services 999 18<sup>th</sup> St., Suite 417 Denver, CO 80202 1-800-368-1019 TDD 1-800-537-7697</p> <p>U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 200 Independence Ave., SW Room 509F Washington, DC 20201 (800) 368-1019</p> <p>Si usted tiene una discapacidad, tal como se define en la Ley de Americanos con Discapacidades, usted puede tener derechos en virtud de la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Póngase en contacto con su condado o su oficina de Solicitud</p>

	<p>de Asistencia Médica para obtener más información.</p> <p>Si usted es sordo o con problemas de audición o tiene una discapacidad que afecta su habla y usa un TTY, usted puede llamar Relay Colorado al 1-800-659-3656.</p>
Programa de Recuperación de Bienes Hereditarios para cubrir la Asistencia Médica	<p>El Programa de Medicaid puede recuperar el costo de los servicios de Medicaid de las herencias de clientes de Medicaid que se habían institucionalizado o eran mayores de 55 años cuando se proporcionaron los beneficios de Medicaid, con algunas excepciones. En caso de dudas, póngase en contacto con su trabajador y pregunte por el folleto del Programa de Recuperación de Bienes Hereditarios para cubrir la Asistencia Médica o Ley de Seguridad Social, título 19, sección 1917 [42 U. S. C. 1396p] y a la Ley del Estado C. R. S. Sección 25.5 -4-302.</p>
Connect for Health Colorado	<p>Si usted ha sido negado o se terminaron sus beneficios para asistencia Médica, usted puede ser elegible para comprar un plan de salud en el mercado de Connect for Health Colorado con un costo reducido, basado en la información que recibimos y verificamos con los datos del estado y federal. Connect for Health Colorado es un nuevo mercado en línea que permite que las personas y empresas u organización pequeñas adquieran seguros de salud y tengan acceso a un nuevo tipo de crédito fiscal para reducir el costo del seguro de salud y gastos del bolso. Visite el sitio de internet de Connect for Health Colorado, <a href="http://www.connectforhealthco.com">www.connectforhealthco.com</a>, para crear su cuenta y comprobar si reúne los requisitos. Si tiene preguntas por favor visite <a href="http://www.connectforhealthco.com">www.connectforhealthco.com</a> o llame a 1-855-PLANS 4 YOU (1-855-752-6749).</p>
Sitio de Internet Colorado PEAK	<p>Ahora usted puede ver por internet en cualquier momento para administrar su cuenta de beneficios en <a href="http://www.colorado.gov/PEAK">www.colorado.gov/PEAK</a>. Usted necesitará su número de caso. Es el "Case ID" en la parte inferior de cada página de esta carta. En Colorado PEAK, usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver sus beneficios y cuándo tendrán que ser renovados.</li> <li>• Informar cambios, como por ejemplo, una nueva dirección, cambio en el nivel de ingresos, o un cambio en el número de personas en su casa</li> </ul>