

## Decisión acerca de su Solicitud de Exención por Adversidad

Caso No.	Fecha de envío
Nombre del individuo institucionalizado	Nombre de el/la representante autorizado(a)
Nombre de el/la representante autorizado(a)	Dirección del Representante Autorizado
Condado	Ciudad, estado, zona postal del representante autorizado

Usted solicitó una exención debido a:

- Una transferencia inapropiada de bienes que resulta en una período de cobertura de Medicaid restringido durante el cual Medicaid no efectuará el pago de ningún servicio en concepto de cuidados a largo plazo en una institución de cuidados médicos, una renuncia de la inscripción en servicios en el hogar y basados en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) o a través del Programa de Cuidados Inclusivos para Personas de la Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés).
- El valor líquido de su vivienda que exceda \$ 500,000, lo cual resulta en que no sea elegible para el pago por parte de Medicaid de los servicio de cuidados a largo plazo en una instalación de cuidados médicos, la renuncia de la inscripción en servicios en el hogar o basados en la comunidad (HCSB) ni a través de la inscripción en el programa de Cuidados Inclusivos para Personas de la Tercera Edad (PACE).

Su solicitud ha sido:

- Aprobada                       Denegada

Motivo de la decisión:

---



---

Reglas del Código Administrativo de Ohio que respaldan esta decisión:

- 5101:1 – 39-07 Medicaid: Transferencia de recursos.
- 5101:1 – 39-31 Medicaid: tratamiento del hogar.
- Otro: \_\_\_\_\_

Trabajador de elegibilidad	Distrito/ Identificación	No. de Teléfono
----------------------------	--------------------------	-----------------

## Solicite una Audiencia Estatal si Desea Apelar

Solicite una audiencia estatal si usted no está de acuerdo con lo que estamos haciendo o si considera que estamos cometiendo un error. En la audiencia estatal, usted puede explicar sus motivos. Nosotros le explicaremos nuestros motivos. Un Funcionario de audiencias del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio decidirá quien tiene razón.

Si usted desea una audiencia, nosotros deberemos recibir su solicitud de audiencia dentro de un período de 90 días contados a partir de la fecha de envío de esta notificación.

Un Tercero puede ayudarle (un abogado, trabajador(a) social, amigo, familiar, etc.). Un tercero puede solicitar una audiencia para usted y puede asistir a dicha audiencia con usted.

Usted puede solicitar que su programa de Asistencia Legal Local le ayude con su caso. Llame a la Asociación de Servicios Legales del Estado de Ohio al 1-800-589-5888 (una llamada sin cargo) si usted necesita el número local.

Las leyes federales nos obligan a mantener confidencial su información médica. Esto incluye toda la información que tenemos acerca de su salud, la atención médica que usted obtiene, los pagos que Medicaid de Ohio efectúa para su atención médica, etc. Nuestro Aviso en cuanto a las Prácticas de Privacidad” (HIPAA, por sus siglas en inglés) le proporciona más información acerca de sus derechos de privacidad en virtud de la ley. Usted podrá obtener una copia de dicho aviso llamando a la Línea Especial para el Cliente de Medicaid en el Estado de Ohio (800) 324-8680 o visitando nuestro sitio en la red: [www.jfs.ohio.gov/hipaa/privacy.pdf](http://www.jfs.ohio.gov/hipaa/privacy.pdf). La ley es la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

Si usted desea solicitar una audiencia estatal, siga las instrucciones de la página siguiente. Si alguna otra persona presenta una solicitud escrita de dicha audiencia en representación suya, la misma debe incluir una declaración escrita firmada por usted que nos diga si esa persona es su representante. Solo usted puede hacer un pedido por teléfono.

### Solicitud de Audiencia Estatal

Firme y complete los espacios en blanco.

Yo considero que esta política se me está aplicando a mí de forma incorrecta. Yo deseo una audiencia estatal.

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Complete esta parte si un tercero ya ha prestado su consentimiento para representarlo(a) (un abogado, trabajador(a) social, amigo, familiar, etc.). Por favor, infórmenos si alguna otra persona presta su consentimiento para representarlo(a) en otro momento.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Elija uno de los siguientes modos de enviarnos esta solicitud:

Envíe una copia de esta página al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio, Oficina de Audiencias Estatales. P.O. Box 182825, Columbus, Ohio 43218-2825;

Envíe por fax este lado de la página solamente al (614) 728-9574 (ODJFS, Oficina de Audiencias Estatales);

Envíe por correo electrónico a: [bsh@odjfs.state.oh.us](mailto:bsh@odjfs.state.oh.us). Por favor, incluya su nombre, dirección, número de caso e indíquenos el motivo por el cual usted está solicitando una audiencia.

Llame por teléfono a la Línea de Acceso del Cliente de ODJFS al 1-866-635-3748 (1-866-ODJFS-4-U) y siga las instrucciones para las audiencias estatales. Solo usted puede llamar.