

NOTIFICACION DE ACCION PROPUESTA

DS 1803 (Revisado 1/2007)

Fecha

Nombre del que solicita o recibe el servicio	¿Participa en el programa federal de desistimiento de servicios de Medicaid en el hogar o en la comunidad?(Marque uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección	Teléfono
Nombre del representante autorizado	
Dirección	Teléfono
Nombre del Centro Regional o Centro de Desarrollo del Estado:	

_____ le notifica por medio de la presente que se propone a tomar
(Centro Regional o Centro de Desarrollo del Estado)
la siguiente acción, misma que le puede afectar sus servicios:

Acción propuesta:

Motivo de la acción:

Fecha de vigencia:

Autoridad para la acción (ley, reglamentación y/o norma que apoya(n) la acción):

DERECHO A APELAR

- ! Puede presentar una apelación ante el Departamento de Servicios de Desarrollo utilizando el formulario adjunto de Solicitud de Audiencia Equitativa. Si es necesario, el centro regional o centro de desarrollo del Estado lo pueden ayudar a llenar el formulario. Presente el formulario de Solicitud de Audiencia Equitativa debidamente llenado a:
- ! Puede obtener asistencia de defensa para su apelación en las siguientes organizaciones:
- Defensor local de derechos de los clientes:
 - Junta de Zona local:
 - Protection and Advocacy, Inc.:
 - Otra:
- ! **SUS SERVICIOS CONTINUARAN DURANTE EL PROCESO DE LA APELACION SI SU SOLICITUD DE AUDIENCIA EQUITATIVA TIENE UN MATASELLOS FECHADO O ES RECIBIDA POR EL CENTRO REGIONAL O CENTRO REGIONAL O CENTRO DE DESARROLLO DEL ESTADO, EL QUE LO RECIBA PRIMERO, DENTRO DE 10 DIAS DE LA FECHA EN QUE USTED RECIBIO ESTE AVISO.**
- ! **El folleto adjunto, titulado “Proceso de Audiencia Equitativa para los Consumidores de 3 Años de Edad o Mayores”, explica sus derechos de apelar y provee información sobre el proceso de audiencias equitativas.**