

física trabajen conjuntamente a través de Asistencia Médica y Medicaid. El plan CHC que usted elija trabajará con sus médicos, proveedores y Medicare para asegurarse de que usted reciba el cuidado y los servicios que necesita. El objetivo de CHC es el de ayudarlo a recibir toda la atención necesaria de manera más fácil.

Usted podrá elegir entre tres planes de CHC. Los planes son los siguientes:



¿Qué tengo que hacer?

Esperar un paquete de inscripción que le llegará por correo postal en los próximos días. Luego, elegir un plan CHC.

El paquete de inscripción le dará la información que requiere para elegir su plan CHC. Todos los planes CHC cubren los mismos servicios de Asistencia Médica que usted recibe hoy a través de la tarjeta ACCESS. Algunos planes CHC podrían ofrecerle servicios adicionales. El paquete le proporcionará más información sobre los servicios de cada plan CHC.

ES MUY IMPORTANTE que usted elija el plan CHC que cubra sus necesidades para que pueda seguir utilizando los proveedores que le son importantes.

Debe elegir su plan CHC antes del día **<05/31/2018>**. Si no elige un plan CHC, de manera automática se le inscribirá en uno. **Puede cambiar de plan CHC en cualquier momento, lo haya o no lo haya elegido usted mismo.**

¿Por qué tengo que recibir mis servicios a través del CHC?

Algunas leyes permiten que el Departamento requiera que usted reciba sus servicios a través de un programa de atención administrada como CHC. Entre estas leyes están: la ley federal, Título 42 U.S.C. §§ 1396n(b), 1396n(c), y la ley estatal, Título 62 P.S. §§ 201(2), 403(b).

Para obtener más información sobre los cambios de CHC, consulte el formulario “Aviso CHC – Más información” adjunto a la presente.

¿Puedo apelar la decisión del departamento de que recibiré mis servicios a través de CHC?

Puede apelar y solicitar una audiencia **únicamente si** cree que cometimos un error y que usted no debe recibir sus servicios a través de CHC. Únicamente puede apelar si:

- Tiene menos de 21 años;
- Es beneficiario del programa LIFE; o
- No pertenece a ninguno de los siguientes grupos:
 - Recibir tanto Medicare como Asistencia Médica;
 - Recibir servicios en casa a través de un programa de exención; o
 - Recibir servicios en un hogar de ancianos/convalecientes.

No puede apelar por ningún otro motivo. Para más información, consulte el formulario “Indicaciones de Apelación y Audiencia Justa” adjunto a la presente.

¿Requiere ayuda jurídica? Puede obtener ayuda jurídica gratuita al llamar a la oficina de servicios legales de su localidad en <LEGALSERVICES> o al Proyecto de Ley de Salud de Pennsylvania al 1-800-274-3258.

Gracias,

Departamento de Servicios Humanos del Estado de Pennsylvania



Aviso CHC – Más información

¿Cómo recibiré servicios de salud conductual (también llamados servicios de salud mental o de drogas y alcohol)?

Usted seguirá recibiendo sus servicios a través del mismo plan de cuidado administrado que tiene ahora. Su plan CHC trabajará con su plan de salud conductual para que reciba todos los servicios que necesite.

¿Qué pasa si cuando comience CHC ya no estoy recibiendo Asistencia Médica?

Si ya no está recibiendo Asistencia Médica cuando comience CHC, recibirá una carta del Departamento que le dirá si se le trasladará o no se le trasladará a CHC.

¿Dónde puedo obtener más información sobre CHC?

Consulte www.HealthChoices.pa.gov, o llame al 1-844-824-3655 para más información.

Indicaciones para Apelaciones y Audiencias Justas

Usted puede presentar una apelación y solicitar una audiencia justa si cree que cometimos un error por uno de los siguientes motivos:

- 1) Tiene menos de 21 años;
- 2) Es beneficiario del programa LIFE; o
- 3) **No pertenece** a ninguno de los siguientes grupos:
 - Recibir tanto Medicare como Asistencia Médica;
 - Recibir servicios en casa a través de un programa de exención; o
 - Recibir servicios en un hogar de ancianos o convalecientes.

No puede apelar por ningún otro motivo.

Si desea apelar, debe hacerlo dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de envío de la presente carta. Si su apelación no lleva sello de envío, o no se entrega a su oficina de asistencia del condado (CAO) dentro de los 30 días, es posible que quede rechazada su apelación sin audiencia.

Puede elegir entre una audiencia telefónica o una presencial.

- Puede tener una audiencia telefónica en un número de teléfono donde le puedan contactar o en la CAO.
- Si desea una audiencia presencial, indíquenos a continuación si:
 - 1) Desea que todos los participantes estén en la sala de audiencias con el oficial de audiencias, o enlazados por videoconferencia. El oficial de audiencias estará en una sala de audiencias ubicada en Harrisburg, pero usted puede ir a la Oficina de Audiencias y Apelaciones más cercana a usted en Philadelphia, Pittsburgh, Erie, Reading o Harrisburg; o
 - 2) El asistente social y el resto del personal de la Oficina de Vida a Largo Plazo (OLTL) pueden hablar por teléfono y usted y sus testigos estarán en la sala de audiencias con el oficial de audiencias ubicado en Harrisburg.

En la audiencia, puede decirle al oficial de audiencias las razones por las cuales cree que los hechos que tenemos sobre usted están equivocados. Puede hablar por sí mismo pero, si no se siente cómodo al hacerlo, le recomendamos que lleve a alguien que hable por usted. En la audiencia le puede representar un abogado, asistente legal, amigo, familiar o cualquier otra persona que elija. Sus testigos pueden hablar y usted puede presentar documentos al oficial de audiencias.

Usted puede solicitar la presencia de un intérprete en la audiencia justa, u otra asistencia, en el formulario de Apelación y Audiencia Justa adjunto. Se trata de un servicio sin costo alguno. Usted puede llevar un amigo o familiar para que le ayuden en la audiencia, pero el departamento proporcionará al intérprete oficial.

Usted puede recibir asistencia jurídica gratuita al visitar o llamar a la oficina de ayuda jurídica mencionada en el aviso o al llamar al Proyecto de Ley de Salud de Pennsylvania al 1-800-274-3258.

Si desea una reunión con su trabajador social para hablar sobre la decisión o para darnos información que pueda cambiar la decisión, llame al Centro de Servicio al Cliente del Departamento de Servicios Humanos al 1-877-395-8930. Si desea una reunión, puede llevar a alguien para que hable por usted en la reunión. Esta reunión no retrasará ni reemplazará su audiencia.

Si desea apelar, llene y devuelva el formulario de Apelación y Audiencia Justa a: <CAO mailing address>.

MAIL DATE		CASE NAME	
<MAIL DATE>	<CASE NAME>		
ADDRESS			
<ADDRESS>, <CITY>, <STATE> <ZIP CODE>			
COUNTY / RECORD NUMBER		CIN	
<COUNTY> <RECORD NUMBER>	<CIN>		



Formulario de Apelación y Audiencia Justa

Marque la casilla junto al tipo de audiencia que desea:

- Quiero una audiencia telefónica. Mis testigos y yo y cualquier persona que me ayude estaremos en este número de teléfono: _____
- Quiero una audiencia telefónica. Mis testigos y yo y cualquier persona que me ayude estaremos en la oficina de asistencia del condado (CAO).
- Deseo una audiencia presencial con el trabajador social, el personal de la Oficina de Vida a Largo Plazo y un juez en la sala de audiencias o enlazado por videoconferencia. Acudiré a la Oficina de Audiencias y Apelaciones de mi región (Pittsburgh, Philadelphia, Erie, Reading o Harrisburg). La sala de audiencias está ubicada en Harrisburg.
- Quiero una audiencia presencial. Mis testigos y yo, y cualquier persona que me ayude, estaremos en la sala de audiencias con el oficial de audiencias, pero el trabajador social y el resto del personal de la Oficina de Vida a Largo Plazo pueden comunicarse por teléfono desde su oficina. La sala de audiencias está ubicada en Harrisburg.

Para la audiencia:

- Por favor, marque aquí si necesita un intérprete de lenguaje de signos gratuito porque es sordo o por tener problemas auditivos.
- Por favor, marque aquí si necesita un intérprete gratuito porque no habla ni entiende inglés.
¿Que idioma? _____
- Por favor, marque aquí si necesita ayuda debido a una discapacidad. Describa el tipo de ayuda que necesita.

Presento esta apelación porque: (adjunte más hojas de ser necesario.)

Debe marcar una o más de las siguientes casillas si le aplica(n):

- Tengo menos de 21 años.
- Soy beneficiario del programa LIFE.
- No pertenezco a ninguno de los siguientes grupos:
 - No recibo tanto Asistencia Médica (también llamada Medicaid) como Medicare.
 - No recibo servicios en casa a través de un programa de exención.
 - No recibo servicios en un centro de cuidado hogar de ancianos.

SU FIRMA	NÚMERO TELEFÓNICO
DIRECCIÓN	FECHA
FIRMA DE SU REPRESENTANTE (de tener uno)	NÚMERO TELEFÓNICO
DIRECCIÓN	FECHA