MISSOURI DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
FAMILY SUPPORT DIVISION
AVISO DE ACCIÓN ADVERSA

Save Print Reset

FROM	**ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP CODE)** , MO	DATE
TO	NAME	CASE NAME
	ADDRESS (STREET OR PO BOX)	CASE NUMBER
	CITY STATE ZIP CODE	

CON BASE EN LA INFORMACIÓN QUE TENEMOS SOBRE SU ELEGIBILIDAD, DEBEMOS:

☑ suspender su subsidio de _____ durante el mes de _____

☑ reducir su subsidio de _____ a _____ durante el mes de _____

La razón de esta decisión es que _____

☑ suspender MO HealthNet para _____

El último día de cobertura de MO HealthNet es _____
(MONTH) (DAY) (YEAR)

La razón de esta decisión es que _____

☑ otro: _____

La razón de esta decisión es que _____

Si desea cobertura médica de otro plan de seguro de salud, como un plan grupal disponible a través de su empleador, es posible que necesite un Certificado de Cobertura Acreditable que muestre el periodo en que tuvo cobertura de MO HealthNet. Este certificado puede ayudar a comprobar que ha cumplido una fracción o la totalidad de un período de exclusión por afecciones médicas preexistentes. Puede solicitar su certificado en un plazo de 24 meses a partir de que finalicen sus beneficios de MO HealthNet. Puede solicitar un certificado llamando a MO HealthNet Division, Recipient Services, al1-800-392-2161.

Si está de acuerdo con esta decisión, no necesita solicitar una audiencia. Si no solicita una audiencia nosotros suspenderemos o reduciremos su asistencia a partir de la fecha indicada anteriormente. Si considera que esta decisión es equivocada o si tiene información que, a su juicio, demuestra que necesita seguir recibiendo su cantidad actual de asistencia, tiene de plazo hasta _____para solicitar una audiencia.
(DAY OF WEEK) (MONTH) (DAY) (YEAR)

Si desea una audiencia, puede solicitarla por correo, teléfono o en persona. Para solicitar una audiencia por teléfono, llame al número - - . Para solicitar una audiencia por correo, brinde la información solicitada en la página 2 y envíela por correo.

Si solicita una audiencia antes de la fecha anterior, sus beneficios podrían continuar hasta que se sepan los resultados de la audiencia. Si la decisión de la audiencia demuestra que era correcto el plan para reducir sus beneficios o cerrar su caso, su hogar será responsable de devolver la cantidad de los beneficios que no tenía derecho de recibir mientras se esperaba la audiencia. Si prefiere que se suspendan los beneficios mientras se espera la audiencia y finalmente se determina una decisión a su favor, los beneficios perdidos se le restituirán.

Si solicita una audiencia, se la programaremos y le daremos a conocer la hora de su audiencia. En la audiencia puede presentar información por cuenta propia o puede elegir que lo represente su abogado u otra persona que conozca su situación. Si no cuenta con un abogado o no tiene los recursos para pagar uno pero vive en una zona donde presta asistencia alguna oficina de servicios jurídicos o se brinda asistencia jurídica, es posible que pueda recibir este servicio.

Para conocer disponibilidad de servicios jurídicos gratuitos, llame al: _____ - _____ - _____. Usted tiene el derecho de presentar testigos por su cuenta e interrogar a los testigos que se presenten a petición de Family Support Division.

SIGNATURE	TITLE	TELEPHONE

ANEXO: FOLLETO(S) INFORMATIVO(S) NO. IM-4

PÁG 1 DE 2

PÁG 2 DE 2

SI DESEA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL, LLENE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO POR CORREO A: ▶		
NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA	DIRECCIÓN	
NÚMERO TELEFÓNICO DONDE PODAMOS CONTACTARLO	SU FIRMA	FECHA DE HOY
USE ESTE ESPACIO PARA DECIRNOS POR QUÉ DESEA UNA AUDIENCIA IMPARCIAL		

ESTA SECCIÓN LA LLENAN EN LA OFICINA

CASE NUMBER	ELIGIBILITY SPECIALIST	LOAD NO.	DATE NOTICE SENT	DATE REQUEST RECEIVED