



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
 DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA
 AVISO DE ACCIÓN ADVERSA DE MO HEALTHNET PARA FAMILIAS

DE	DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		FECHA
PARA	NOMBRE		NOMBRE DEL CASO
	DIRECCIÓN (CALLE O NO. DE APARTADO DE CORREOS)		NÚMERO DE CASO
	CIUDAD	ESTADO	

CON BASE EN LA INFORMACIÓN CON LA QUE CONTAMOS ACERCA DE SU ELEGIBILIDAD, TENEMOS QUE SUSPENDER LA COBERTURA DE MO HEALTHNET PARA FAMILIAS DE: _____

El último día de cobertura de MO HealthNet es: _____.

El motivo de esta decisión es:

- Su ingreso contable de _____ excede el máximo de _____ para el tamaño de su hogar de _____. (RSMO 208.151.3).
- No entregó el primer (1.º) formulario de informe trimestral. (42 U.S.C. 1396r-6).
- Su familia ya no reside en Missouri. (13 CSR 40-2.310).
- En el hogar ya no hay ningún menor que cumpla los requisitos, ya sea porque dicho menor ha abandonado su hogar o ha superado el límite de edad de MO HealthNet para Familias. (42 U.S.C. 1396r-6).
- Recibimos su _____ informe de MO HealthNet Transitorio. Su ingreso actual de _____ excede el límite de _____ para continuar recibiendo la cobertura de este programa. (13CSR 40-2.310, 42 U.S.C. 1396r-6).
- Otro: _____

- La elegibilidad de la cobertura de atención médica de las personas mencionadas anteriormente cambiará a MO HealthNet Transitorio a causa de las ganancias provenientes del trabajo. Para dichas personas no hay ningún cambio en sus beneficios de atención médica. La cobertura continuará hasta _____. Si cumple ciertos requisitos es posible que la cobertura se prolongue seis meses adicionales. (13 CSR 40-2.375, RSMo 208.145)

Si busca 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 periodo de exclusión por afecciones médicas preexistentes. Puede solicitar su certificado en un plazo de 24 meses después de que hayan concluido los beneficios de MO HealthNet. Puede solicitar un certificado llamando a los Servicios para los Beneficiarios de la División de MO HealthNet, al 1-800-392-2161.

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 cree que demuestra que necesita seguir recibiendo su cantidad actual de asistencia, tiene de plazo hasta _____ para solicitar una audiencia.

(DÍA DE LA SEMANA) (MES) (DÍA) (AÑO)

Si desea una audiencia, puede solicitarla por correo, teléfono o en persona. Para solicitar una audiencia por teléfono, llame al número **855-373-4636**. Para solicitar una audiencia por correo, proporcione 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 se determina una decisión a su favor tras la audiencia, 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 la División de Apoyo a la Familia.

Miembro de equipo de la FSD:	CARGO	TELÉFONO
		- -

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

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 OFICINA				
NO. DE CASO	TRABAJADOR DEL CASO	NO. LOAD	FECHA DE ENVÍO DEL AVISO	FECHA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD

