



**SOLICITUD DE REVISIÓN DE CASO O AUDIENCIA JUSTA**

Complete este formulario **SOLO** si no está de acuerdo con la decisión de elegibilidad de Maryland Health Connection.  
Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al (855) 642-8572 (Las personas sordas o con dificultades auditivas utilizan el servicio Relay)

**1. Díganos quién es. Escriba con letra de imprenta.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ID de la aplicación MD Health Connection: \_\_\_\_\_

**2.Cuál es la razón por la que solicita la audiencia? Seleccione solo una.**

\_\_\_\_\_ No se me permitió solicitar cobertura a través de Maryland Health Connection.

\_\_\_\_\_ Se negó por error mi solicitud por una de las siguientes razones:

\_\_\_\_\_ Elegibilidad para Medicaid (recuerde que las disputas con la MCO no pueden apelarse)

\_\_\_\_\_ Elegibilidad para un plan de atención calificada.

\_\_\_\_\_ Elegibilidad para asistencia financiera (crédito fiscal anticipado para las primas o costos compartidos)

\_\_\_\_\_ Elegibilidad estatal para la Asistencia con las primas para jóvenes adultos

\_\_\_\_\_ Se negó por error mi solicitud por otra razón

\_\_\_\_\_ Otra razón por la que solicito una audiencia

**Si usted recibió un aviso, ¿cuál es la fecha en el aviso?** \_\_\_\_\_

¿Por qué desea una audiencia? Díganos qué sucedió. (Adjunte otra hoja si es necesario.) \_\_\_\_\_

**3. Para elegibilidad para Medicaid y MCHP:** entiendo que si actualmente estoy recibiendo MCHP/Medicaid y solicito una audiencia en los primeros 10 días desde la fecha de la decisión, puedo seguir recibiendo esos beneficios mientras espero mi audiencia.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**4. Para elegibilidad para un Plan de Atención Calificada:** entiendo que si solicito una audiencia en los primeros 90 días desde la emisión de la decisión, todavía puedo inscribirme en un plan de atención calificada y recibir algún subsidio de impuestos para el que actualmente soy elegible. El resultado de mi apelación puede cambiar la cobertura para la que califico y dependiendo del resultado de mi apelación, puede que tenga que reembolsar al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) cualquier subsidio de impuestos recibido.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha