

# Contribuciones de Asistencia de Prima

Departamento de Servicios Sociales (DSS)    O



Departamento de Servicios del Desarrollo (DDS)

Nombre del Empleado	Nombre del Empleado de Registro	Fecha
Jane Doe	John Smith	DD-MM-AAAA
Teléfono del Empleado	Teléfono del Empleado de Registro	
(123) 456-7890	(123) 455-6789	
Dirección de correo electrónico del empleado	Nombre del Consumidor (si difiere del Empleado de Registro)	
JaneDoe@gmail.com		

YO CERTIFICO LO SIGUIENTE:

- He estado empleado durante 6 meses completos y he devengado un salario bajo el consumidor-empleador indicado anteriormente.
- Estoy empleado y he "trabajado activamente", definido como: percibir un salario o ser un apoyo identificado en un plan de cuidados/plan individual bajo el consumidor-empleador arriba indicado.
- Actualmente no tengo opciones de cobertura médica a través de ninguna otra entidad, por ejemplo, a través de otro empleo o de un esposo(a) y he adjuntado el formulario requerido que lo atestigua.
- Adjunto prueba con documentación de que he solicitado y se me ha denegado la cobertura a través de ambos, [Medicaid](#) (Husky) y [Covered](#) CT.

Yo, Jane Doe, certifico que no estoy inscrito ni soy elegible para recibir cobertura de un seguro de salud bajo mi esposo(a), ni bajo ninguna otra fuente de empleo.

Entiendo que esta autocertificación es necesaria para tener acceso al Artículo 13A del Convenio Colectivo (CBA), Contribución de Asistencia para la Prima. El beneficio de la Contribución de Asistencia para la Prima proporcionará hasta un máximo anual de \$5,000 y se calcula al 6% de mi salario total devengado durante los 6 meses anteriores de empleo activo por cada consumidor-empleador individual. Si no he trabajado los 6 meses completos, no tendré derecho a recibir el beneficio hasta que haya trabajado los seis (6) meses completos. Por la presente certifico que las declaraciones que he dado anteriormente son verdaderas y exactas.

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha DD/MM/AAAA.

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARLA EL FI

¿Se proporcionó junto con la solicitud una prueba de la denegación del Medicaid (Husky) y Covered CT? S\_ N\_

¿Ha estado el empleado contratado activamente por el consumidor-empleador individual durante 6 meses? S\_ N\_

Nombre del Empleado Intermediario Fiscal que Registra la Información y Certificación del Empleado que Solicita Ayuda con la Prima.

FI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_.

ID de la Persona: 0000000  
ID del Cliente: 0000000  
ID de la Solicitud: 0000000

**Jane Doe**  
123 Main St.  
Anytown, CT 06000

Fecha de Envío: 21 de julio de 202X

## Estos son los Resultados de Su Solicitud de Asistencia de Salud

Estimada **Jane Doe**,

Hemos recibido su nueva solicitud de asistencia de salud el 20 de julio de 202X. Esta carta contiene los resultados de su solicitud e indica los pasos que podría tener que seguir.

### ¿Quién NO es elegible para recibir el HUSKY de Salud?

**Usted [Jane Doe]** no es elegible para recibir el *HUSKY D - Adulto* porque reside en un hogar con unos ingresos mensuales de \$XXXX,XX. El límite de ingresos para un hogar de 1 persona es de \$1,677.00. Hemos utilizado estos reglamentos: 42 CFR 435.119 y la Sec. 17b-290(16)\* de los Estatutos Gen. de Connecticut.

### ¿Quién NO es elegible para adquirir un plan de seguro de salud?

**Usted [Jane Doe]** no tiene una razón para inscribirse en el seguro de salud 202X fuera del período anual de inscripción abierta para 202X. Si esto es un error, comuníquese con nosotros. De lo contrario, puede solicitarlo durante el próximo período de Inscripción Abierta. Nosotros hemos utilizado este reglamento: 45CFR 155.420.

## ¿Cómo tomaron esta decisión Access Health CT y el Departamento de Servicios Sociales?

Nosotros usamos la información de su solicitud de Access Health CT. Es posible que también hayamos utilizado información de los sistemas de computadoras del gobierno, como la Administración del Seguro Social y el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés). Hay dos anexos a esta carta que le ayudarán a entender cómo tomamos nuestras decisiones:

- ▶ La *Guía Rápida de Access Health CT* explica los distintos tipos de programas asequibles de salud y cómo revisamos su solicitud.
- ▶ Los *Diferentes tipos del HUSKY de Salud* ofrecen más información sobre los distintos tipos de planes de Salud de HUSKY, los que forman parte de la solicitud de Access Health CT y los que no.

## ¿Qué debo hacer si creo que han cometido un error?

Usted puede apelar nuestras decisiones sobre su cobertura de la salud o dental. Por ejemplo, puede apelar si cree que hemos cometido un error sobre el número de miembros de su unidad familiar, sus ingresos, su ciudadanía, su estado de inmigración, o su residencia. También puede apelar el tipo de cobertura para el cual es elegible (HUSKY, un plan de salud con posibles créditos fiscales, o un plan dental) y el importe de cualquier crédito fiscal para las primas.

Con esta carta se incluye un *Formulario de Solicitud de Audiencia/Apelación*. En él se explican sus derechos y los plazos para presentar una apelación. Para las decisiones relacionadas con el HUSKY de Salud, el plazo es de 60 días a partir de la fecha de esta carta. Para las decisiones sobre el importe de su crédito fiscal, la reducción de los costos compartidos, o si puede adquirir un plan de salud o dental a través de Access Health CT, usted tiene 90 días a partir de la fecha de la carta para solicitar una audiencia.

## ¿Existen otros tipos de seguros del HUSKY de Salud?

Si usted no reúne los requisitos para recibir el HUSKY A o HUSKY D, existen otros tipos de cuidados del HUSKY de Salud disponibles para las personas mayores de 65 años y para las personas con necesidades de cuidados especiales de salud (HUSKY C). En el documento adjunto sobre los *Diferentes Tipos de Salud HUSKY* encontrará una breve descripción del programa HUSKY C y cómo solicitarlo.

## ¿Cuáles son sus políticas de privacidad?

Access Health CT mantiene un conjunto de políticas de privacidad. Estas políticas están disponibles en: [https://help.accesshealthct.com/en\\_US/privacy-policy](https://help.accesshealthct.com/en_US/privacy-policy) o llámenos al teléfono 1-855-805-4325 para obtener una copia. Si tiene preguntas, comentarios o sugerencias, por favor, envíenos un correo electrónico a: [Questions@accesshealthct.com](mailto:Questions@accesshealthct.com) o llámenos al teléfono 1-855-805-4325.

Se adjunta a esta carta el *Aviso de Prácticas de Privacidad* del Departamento de Servicios Sociales.

Atentamente,

Access Health CT

## Información sobre Cambios

### ¿Qué cambios necesito informar?

Usted tiene que comunicar cualquier cambio que pueda afectar su cobertura de salud y/o dental o la de su familia dentro de 30 días a partir del cambio. Por ejemplo:

- ▶ Si se muda.
- ▶ Si cambian los ingresos del hogar.
- ▶ Si cambia el tamaño de la unidad familiar. Por ejemplo, si se casa o se divorcia, si queda embarazada, o tiene un hijo.
- ▶ Si cambia el estado migratorio de alguien, tales como, expira un visado.
- ▶ Si cambian los planes sobre cómo piensa declarar sus impuestos
- ▶ Si alguien califica para otra cobertura de salud y/o dental.

Para informar cualquier cambio, tiene que comunicarse con Access Health CT en línea o llamando al centro por teléfono.

### ¿Cómo me comunico con Access Health CT?

Comuníquese con Access Health CT si necesita informar cambios, solicitar cobertura seleccionar un plan o programa, o tiene preguntas sobre este aviso. Díganos si necesita ayuda para pedir cobertura de salud o dental, o para acceder a su cuenta. Puede ponerse en contacto con Access Health CT:

- ▶ **Visitando en línea** [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com), o
- ▶ **Llamando** al Centro de Contacto de Access Health CT al: 1-855-805-4325. Si es sordo o tiene deficiencias auditivas llame al número de TTY: 1-855-789-2428.

Si tiene alguna discapacidad, puede solicitar y obtener una adaptación razonable o ayuda especial de Access Health CT.

### ¿Cómo informo los cambios en línea?

Si desea notificar algún cambio en línea, puede seguir los pasos siguientes:

- ▶ Acceda a su cuenta de Access Health CT: [www.accesshealthct.com](http://www.accesshealthct.com)
- ▶ Pulse sobre "Comunicar Cambios/Renovar Cobertura" (en inglés, "Report a Change/Renew Coverage") en la pantalla de inicio de su cuenta.
- ▶ Revise y confirme que la información de cada solicitante está correcta.
- ▶ Informe cualquier cambio que sea necesario.
- ▶ Proporcione su firma electrónica y ENVÍELO (en inglés, SUBMIT).
- ▶ Seleccione un programa y complete el proceso de inscripción.

## Guía Rápida para Acceder a Health CT

### ¿Quiénes deben usar Access Health CT?

Access Health CT es para las personas que no tienen cobertura de salud a través de un empleo, Medicare, u otra fuente que proporcione una cobertura calificada. Access Health CT también es para las personas que buscan una cobertura de salud más asequible o mejor.

### ¿Qué tipos de cobertura puedo obtener a través de Access Health CT?

Access Health CT proporciona acceso a dos tipos de cobertura de salud:

- ▶ El HUSKY de Salud es una cobertura de salud gratuita o de bajo costo, administrada por el Departamento de Servicios Sociales (DSS).
- ▶ Planes de seguro de salud también conocidos como los *Planes de Salud Cualificados*.

Access Health CT también ofrece acceso a cobertura dental independiente.

### ¿Cómo determina Access Health CT el tipo de cobertura de salud para mi familia?

Nosotros primero examinamos su información y, sobre esta base, decidimos si usted o alguien en su hogar califica para recibir el HUSKY de Salud. El Husky de Salud es completamente gratuito o tiene una prima mensual de bajo costo.

Si usted no califica para el HUSKY, entonces revisaremos si puede comprar un plan de seguro de salud ofrecido a través de nuestro mercado.

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para un plan de seguro también tienen derecho a un crédito fiscal para las primas que reduce su factura mensual del seguro. Algunos también ahorran en gastos de bolsillo como deducibles y copagos.

### ¿Qué considera Access Health CT cuando toma su decisión?

El HUSKY de Salud y los planes de seguros de salud tienen regulaciones diferentes. Pero ambos tipos de cobertura tienen en cuenta factores tales como si usted reside en Connecticut, el tamaño de su familia y sus relaciones, cómo podría declarar sus impuestos, su ciudadanía o estatus migratorio, y sus ingresos.

También consideramos si tiene otros tipos de cobertura de salud:

- ▶ **Si usted tiene un seguro basado en el trabajo:** Usted aún podría calificar para el HUSKY de Salud si sus ingresos son lo suficientemente bajos. Pero si contrata un seguro a través de Access Health CT, pagará el precio completo a menos que el seguro de su empresa no cumpla ciertos requisitos.
- ▶ **Si tiene Medicare:** Esto puede afectar el tipo de cobertura HUSKY para la que puede calificar. Usted no debe utilizar los planes de seguro de Access Health CT para complementar su Medicare, ni utilizar Access Health CT para comprar un plan dental.

## Diferentes Tipos del HUSKY de Salud

¿Cuáles son los diferentes tipos del HUSKY de Salud?

Existen cuatro tipos de cobertura del HUSKY de Salud:

- ▶ **HUSKY A** – Medicaid para niños, padres, familiares cuidadores y mujeres embarazadas.
- ▶ **HUSKY B** – Programa de Seguro de Salud Infantil de Connecticut (CHIP) para niños menores de 19 años de familias que superan los límites de ingresos del HUSKY A.
- ▶ **HUSKY C** – Medicaid para personas mayores de 65 años (65+), ciegas o discapacitadas. Incluye servicios de atención a largo plazo, como las residencias de ancianos.
- ▶ **HUSKY D** – Medicaid para adultos en edades entre 19 y 64 años que no estén embarazadas y no sean elegibles para recibir Medicare.

¿Qué tipos de cobertura HUSKY puedo obtener a través de Access Health CT?

La solicitud de Access Health CT es para los tipos de cobertura del HUSKY A, B y D.

Si usted no es elegible para recibir HUSKY, entonces Access Health CT comprobará si puede comprar un plan de seguro de salud ofrecido a través de su mercado. También le dirán si usted es elegible para recibir ayuda financiera con el costo de un plan de seguro de salud.

¿Apoya Access Health CT todos los tipos del HUSKY de Salud?

El HUSKY C no se tiene en cuenta en la solicitud de Access Health CT porque se necesita más información. Sin embargo, si vemos razones por las cuales usted podría reunir los requisitos para el HUSKY C, nos comunicaremos con usted y le pediremos más información. Vea a continuación todas las formas en que puede solicitar el HUSKY C.

¿Cómo puedo solicitar el HUSKY C?

Existen varias maneras:

- ▶ En línea visitando [www.connect.ct.gov](http://www.connect.ct.gov), o
- ▶ Visitando una oficina del DSS en Connecticut, o
- ▶ Utilizando el formulario especial que le enviaremos si usted declaró que era discapacitado, mayor de 65 años o beneficiario de Medicare, o
- ▶ Completando entera una solicitud W1E. Puede utilizarla además para pedir ayuda en efectivo y alimentaria (conocida también como TFA y SNAP). Este formulario está disponible en la página web del DSS, en las oficinas del DSS, y puede solicitarse por teléfono.

Si tiene otras preguntas sobre el HUSKY C, llame al Departamento de Servicios Sociales (DSS) al teléfono 1-855-626-6632, o visite el sitio web del DSS en [www.ctgov/dss](http://www.ctgov/dss).



## Aviso de Prácticas Privadas

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CONNECTICUT (“DSS”)

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR, LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

Fecha Efectiva de este Aviso: 23 de septiembre de 2013

### ► ¿Divulga el DSS mis datos de salud protegidos a terceros?

El DSS puede compartir información de salud sobre usted antes de que nosotros paguemos a los proveedores por su tratamiento y servicios; para ver si usted es elegible para otros servicios del DSS; y para operar los programas de Medicaid, HUSKY y otros programas del DSS. Esto incluye investigar posibles fraudes o sobrepagos a proveedores y defender al DSS en juicios. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con las siguientes entidades:

- profesionales que contratamos para ver si su tratamiento es necesario y si podemos pagarlo;
- compañías que contratamos para que nos ayuden a manejar nuestros programas, pagar las facturas médicas, y averiguar si usted puede acogerse a algún otro programa de beneficios de salud;
- proveedores o agencias, si es necesario para ayudarle a obtener beneficios del DSS;
- proveedores médicos y otras personas y entidades para asegurarnos de que usted reciba el tratamiento y los beneficios más adecuados; y
- compañías de seguros de salud a las cuales enviamos facturas, si el DSS ha pagado servicios que esas compañías deberían haber pagado.

También podemos compartir su información de salud sin su aprobación en caso de emergencia, en respuesta a una orden judicial, o cuando la ley exija que la compartamos. Por ejemplo, la ley puede exigir que compartamos su información con:

- el Comisionado de Trabajo si se relaciona directamente con la compensación por desempleo o para atender a determinadas personas que reciben ayuda del DSS;
- el Comisionado de Salud Mental y Servicios contra las Adicciones cuando sea necesario para el funcionamiento de algunos de sus programas;
- el Comisionado de Servicios Administrativos o de Servicios de Emergencia y Protección Pública para cobrar sobrepagos o cantidades que se adeudan al DSS; para investigar fraudes; y para localizar a padres ausentes de niños que reciben beneficios;
- el Comisionado de Niños y Familias si existe un peligro inmediato para la salud o la seguridad de un niño, o al Departamento de Salud Pública para coordinar determinados beneficios;
- otras agencias estatales, la policía, o el gobierno federal.

### ► ¿Necesita el DSS mi aprobación antes de compartir mis datos protegidos de salud?

Cuando usted solicitó los beneficios del DSS, aceptó que el DSS compartiera su información con el propósito de operar sus programas y pagar sus beneficios. Nosotros necesitamos su aprobación por separado para compartir información sobre usted que no esté relacionada con el pago de reclamaciones, los tratamientos, o el funcionamiento de los programas en los que usted participa, excepto si la ley nos obliga a compartirlos. Por ejemplo, normalmente necesitaríamos su consentimiento para que el DSS divulgara las notas de psicoterapia que tenemos sobre usted. Si quisiéramos utilizar o divulgar sus datos de salud protegidos con fines comerciales o si quisiéramos vender sus datos de salud protegidos, también necesitaríamos su consentimiento. Aun cuando usted apruebe la divulgación de sus datos, puede cambiar de opinión siempre que lo haga, por escrito, antes de que nosotros los hayamos divulgado.



## ► ¿Cuáles son las Obligaciones del DSS?

El DSS está obligado por ley a mantener la privacidad de sus datos de salud protegidos, a informarle de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con sus datos de salud protegidos, y a notificarle en caso de que ocurra una violación de los datos de salud protegidos no asegurados. El DSS también tiene que seguir todas las reglas enumeradas en este aviso y enviarle o darle un nuevo aviso si hacemos cambios importantes a nuestras reglas y prácticas de privacidad. El DSS se reserva el derecho a cambiar sus prácticas de privacidad. Si las prácticas de privacidad cambian, el DSS le enviará un nuevo aviso. Las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a la información que el DSS ya tiene sobre usted.

## ► ¿Cuáles son mis derechos?

Usted tiene derecho a:

- obtener una copia impresa de esta notificación, previa solicitud, aunque la haya recibido electrónicamente;
- pedirnos que limitemos el uso y la divulgación de su información para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de cuidados de salud, aunque el único caso en que tenemos que cumplir sus deseos es si nos pide que no divulguemos dicha información a otro plan de salud sobre algún ítem o servicio de atención de salud que usted mismo pagó;
- una contabilidad. El DSS guarda una lista de las personas o agencias a las que hemos facilitado sus datos de salud protegidos si usted no nos pidió que los compartiéramos o si los compartimos por motivos distintos del pago, el tratamiento, o el funcionamiento de nuestros programas. Usted puede obtener esa lista durante 6 años a partir de la fecha en que la solicite;
- pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de alguna forma especial. Por ejemplo, puede pedirnos que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo;
- ver y copiar, previa solicitud por escrito, la información de salud que tenemos acerca de usted, excepto si pensamos que ésta podría serle perjudicial; si la información se recopiló para utilizarla en un procedimiento civil o penal; o si se enteraría de los nombres de las personas que nos dieron información sobre usted sin que usted lo supiera y nosotros acordamos no compartir esos nombres con usted;
- pedirnos que modifiquemos la información que tenemos sobre usted en su expediente del DSS. Debe solicitarlo por escrito e indicar el motivo por el cual solicita el cambio. Puede ocurrir que nosotros no estemos de acuerdo en cambiar la información de su expediente.

Podemos ponernos en contacto con usted para informarle sobre sus citas, alternativas de tratamiento, o beneficios y servicios relacionados con la salud.

## ► ¿Qué debo hacer si tengo otras preguntas?

Si tiene preguntas sobre la privacidad relativa a su información de salud, necesita que se le proporcione este aviso en un formato alternativo, o desea ejercer sus derechos según lo indicado anteriormente, puede llamar al Funcionario de Privacidad del DSS en la Oficina Central del DSS al teléfono 1-888-760-8883 o enviarle un correo electrónico a [PrivacyOfficer.dss@ct.gov](mailto:PrivacyOfficer.dss@ct.gov).

## ► ¿Qué hago si creo que el DSS ha compartido mi información incorrectamente?




Usted puede presentar una queja por escrito enviándola al Responsable de Protección de Datos del DSS, 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105-9902, o por correo electrónico a [PrivacyOfficer.dss@ct.gov](mailto:PrivacyOfficer.dss@ct.gov). También puede presentar una queja en la oficina de Boston de la Oficina Federal de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Edificio Federal J. F. Kennedy, Oficina 1875, Boston, MA 02203, o enviando un correo electrónico a [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov) en un plazo de 180 días desde que ocurrió el problema. Sus beneficios no se verán afectados si presenta una queja.

## Formulario de Solicitud de Audiencia/Apelación

**IMPORTANTE– Use este formulario solamente si desea solicitar una audiencia.**

**Recuerde, antes de solicitar una audiencia, usted puede llamar a Access Health CT para que le ayuden a resolver el problema.**

Usted puede llamar al Centro de Contacto de Access Health CT al 1-855-805-4325. Si es sordo o tiene dificultades auditivas, el número de TTY es 1-855-789-2428.

 <p><b>Derechos de Apelación y Fechas Límite</b></p>	<p>Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado sobre su cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para las decisiones sobre el HUSKY de Salud, usted dispone de 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia. <b><u>Si no solicita una audiencia en el plazo de 60 días puede perder el derecho a la misma.</u></b></li> <li>• Para todas las demás decisiones, dispone de 90 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia. <b><u>Si no solicita una audiencia en el plazo de 90 días, puede perder el derecho a la misma.</u></b></li> <li>• Si necesita ayuda con el proceso de Apelación, por favor, comuníquese con la Oficina del Defensor de los Cuidados de Salud:                  Por teléfono: 1-866-466-4446                  Por correo electrónico: <a href="mailto:Healthcare.Advocate@ct.gov">Healthcare.Advocate@ct.gov</a>.</li> </ul>
 <p><b>Dónde debo enviar este Formulario</b></p>	<p>Complete este Formulario de Solicitud de Audiencia/Apelación y envíelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Por correo a</b>                  Department of Social Services, Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings, AHCT-DSS Hearings Unit, 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105-3725</li> <li>• <b>Por correo electrónico</b> a <a href="mailto:DSS-AHCT@ct.gov">DSS-AHCT@ct.gov</a>.</li> <li>• <b>Por fax</b> al 860-424-4923.</li> </ul> <p>Usted puede llamar al (855) 306-8625 si tiene preguntas o necesita ayuda. Si es sordo o tiene deficiencias auditivas, llame al (800) 842-4524.</p>
 <p><b>Este Formulario No Es para Todo Uso</b></p>	<p><b>NO</b> use este formulario para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asuntos relacionados con su compañía de seguros sobre el pago de las primas.</li> <li>• Asuntos relacionados con las fechas de inicio del seguro de salud y el crédito fiscal de las primas.</li> <li>• Asuntos con detalles relativos a su seguro de salud y/o dental.</li> </ul> <p>Comuníquese con Access Health CT o con su compañía de seguros, según sea más apropiado, para resolver estos asuntos.</p>

Usted puede solicitar una audiencia expedita (más rápida) si los plazos de la decisión ordinaria ponen en grave peligro su vida o su salud o pueden afectar seriamente a su capacidad funcional. Usted o su proveedor de salud deben demostrarnos por qué necesita una audiencia rápida. Si se necesita una audiencia agilizada, tomaremos nuestra decisión sobre la audiencia en un plazo no mayor de tres días hábiles después de recibir su solicitud.

**Paso 1****Háblenos sobre usted**

1. Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)

2. Dirección postal

3. Número de Apartamento o Suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código Postal

7. Teléfono diurno

8. Correo electrónico

9. ¿Necesitará un traductor para la audiencia?  Sí  No **En caso afirmativo, ¿en qué idioma habla?**10. Usualmente las audiencias son por teléfono. También puede tener una audiencia por videoconferencia desde una oficina regional del DSS. Por favor de indicar cómo desea su audiencia:  Por teléfono  Por videoconferencia en el DSS**Paso 2****Díganos qué desea apelar**

- Estoy en desacuerdo con la decisión de denegar o terminar la cobertura del HUSKY de Salud (Medicaid o CHIP).
- Estoy en desacuerdo con la decisión sobre la ayuda económica para pagar mi plan de seguro de salud (incluye la decisión de denegar o poner fin a esta ayuda y las decisiones sobre el monto de la ayuda).

*La ayuda financiera se destina a los planes de seguro de salud y puede incluir créditos fiscales para las primas y una menor participación en los gastos, como copagos y deducibles.*

- Estoy en desacuerdo con la negativa a comprar un plan de seguro de salud y/o dental.
- Estoy en desacuerdo con la decisión de denegar la Inscripción Especial.
- Cualquier otra razón o si desea dar más detalles - **por favor, explique:**

- HUSKY Solamente: Si usted estaba recibiendo beneficios médicos de HUSKY y solicita una audiencia sobre la decisión en **cualquier momento antes de que el cambio sea efectivo**, sus beneficios médicos seguirán como estaban hasta que el Funcionario de Audiencias decida sobre su caso. **Por favor, marque esta casilla si desea mantener su cobertura de salud** como mismo estaba antes de la decisión de Access Health CT y hasta que el Funcionario de Audiencias decida su caso. **SI USTED DECIDE MANTENER SU COBERTURA HASTA LA AUDIENCIA Y EL FUNCIONARIO DE LA AUDIENCIA DECIDE QUE NOSOTROS TENÍAMOS LA RAZÓN, ES POSIBLE QUE USTED TENGA QUE DEVOLVER LA ASISTENCIA MÉDICA QUE RECIBIÓ MIENTRAS ESPERABA LA DECISIÓN DE LA AUDIENCIA.**

**Paso 3****Lea y firme este formulario**

¿Hay alguien ayudándole con esta apelación? (Por ej., podría ser un amigo, un miembro de la familia, un abogado, u otra persona.)

 Sí  No **En caso afirmativo**, por favor, proporcione la información de contacto de esta persona:

Nombre

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

Firma del solicitante o representante autorizado:

Fecha (mm/dd/aaaa):