



Solicitud de Apelación



Si desea presentar una apelación ante Cover Oregon y/o ante la Autoridad de Salud de Oregon por cualquiera de los motivos que se indican a continuación, llene este formulario en su totalidad. Puede llenarlo usted mismo o pedirle a su representante autorizado que lo haga por usted. Si tiene preguntas o si necesita ayuda, llame al **1-855-CoverOR** (1-855-268-3767 o TTY [personas con problemas auditivos] 711). **Deberá presentar la solicitud de apelación dentro de los 90 días cívicos a partir de la fecha que aparece en el aviso de elegibilidad que recibió.**

INFORMACIÓN DE APELACIÓN			
Su nombre legal (<i>primer, segundo, apellido y sufijo</i>):		Nombre de soltera u otro nombre:	Fecha de aviso de elegibilidad:
No. de Seguro Social*: - -		Fecha de nacimiento (<i>mes/día/año</i>):	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Teléfono (día):	Otro teléfono:	Correo electrónico:	
Dirección domiciliaria:	Ciudad:	Estado:	Cód. postal:
Dirección postal (<i>si difiere de la domiciliaria</i>):	Ciudad:	Estado:	Cód. postal:
¿Le elegibilidad de quién está apelando? Indique los nombres a continuación:			
Si el proceso apelativo estándar pudiese hacer peligrar seriamente su vida o su salud debido a una necesidad inmediata de atención médica, puede solicitar una audiencia de emergencia o expedita. ¿Le gustaría solicitar una audiencia de emergencia o expedita? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>De ser así, llame al 1-855-CoverOR (1-855-268-3767/TTY 711) de inmediato para obtener más información.</i>			
Díganos lo que está apelando. Marque todas las casillas que correspondan.			
<input type="checkbox"/> La persona o familia no reunió los requisitos para un seguro de salud privado a través de Cover Oregon <input type="checkbox"/> La persona o familia no reunió los requisitos para el Plan de Salud de Oregon (OHP) o Niños Saludables <input type="checkbox"/> La persona o familia no reunió los requisitos para el crédito fiscal anticipado para la prima (<i>advance premium tax credit</i>) o la cantidad del crédito fiscal no es la correcta <input type="checkbox"/> La persona o familia no reunió los requisitos para la reducción de costos compartidos o la cantidad de la reducción de costos compartidos no es la correcta <input type="checkbox"/> El empleador no reunió los requisitos para ofrecer un seguro de salud a sus empleados a través de Cover Oregon <input type="checkbox"/> El empleado no pudo inscribirse en el plan de salud que ofrece el empleador <input type="checkbox"/> Otro:			
Indique a continuación más información sobre por qué solicita una apelación:			

*La divulgación del SSN es voluntaria. Dicho número permite al personal de apelación asociar, con precisión, la apelación con la determinación de elegibilidad relevante. ORS 741.500

DÍGANOS MÁS

¿Necesita un intérprete de idiomas? No Sí De ser así, ¿para qué idioma o dialecto?

Si desea los documentos en otro formato, marque las casillas que correspondan:

Braille Presentación oral Disco de computadora Cinta de audio Letra grande

AYUDA ECONÓMICA DURANTE EL PROCESO APELATIVO (CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS)

Si está inscrito en uno de los planes de seguro de salud privado a través de Cover Oregon y está recibiendo ayuda económica para cubrir el costo de su plan, puede optar por seguir recibiendo beneficios (*continued benefits*) mientras se revisa su apelación. En otras palabras, puede conservar el mismo plan y la misma cantidad de ayuda económica.

Si está inscrito en el Plan de Salud de Oregon o en Niños Saludables (*Healthy Kids*), tiene hasta 10 días a partir de la fecha del aviso de elegibilidad para solicitar la continuación de sus beneficios.

Advertencia: Si recibe pagos por anticipado del crédito fiscal para la prima durante la apelación y la decisión final resulta en la pérdida del beneficio (ayuda económica) o en su reducción, el titular de la declaración de impuestos de su cuenta podría ser responsable de pagar al Servicio de Impuestos Internos (IRS) parte o el total de la ayuda económica que usted recibió

¿DESEA CONTINUAR CON SUS BENEFICIOS? Marque una de las casillas a continuación.

- Sí.** Esto significa que usted conservará el mismo nivel de ayuda económica durante el proceso de la apelación y podría deber dinero dependiendo del resultado de la apelación.
- No.** Esto significa que la decisión de elegibilidad que usted está apelando cobrará vigencia en la fecha de inicio indicada en el aviso de elegibilidad que recibió, lo cual podría resultar en la pérdida de sus beneficios (ayuda económica) o en su reducción durante el proceso de apelación.

Nota: El resultado de una segunda determinación respecto a la elegibilidad para un miembro de la unidad familiar en base a esta apelación podría cambiar la elegibilidad de cualesquiera de las otras personas de la unidad familiar.

El proceso apelativo incluye la oportunidad de una revisión informal con Cover Oregon y/o la Autoridad de Salud de Oregon. Asimismo, podría incluir una audiencia formal. La Oficina de Audiencias Administrativas lleva a cabo las audiencias formales por teléfono.

¿Tiene usted alguna necesidad especial que requiera de una audiencia formal en persona? No Sí

FIRMA

Firma:

Fecha:

Firma del representante autorizado (de ser permitente):

Fecha:

Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 90 días cívicos a partir de la fecha que aparece en el aviso de elegibilidad que recibió. Puede remitir el presente formulario por correo electrónico, fax o correo postal.

Correo electrónico: appeals@coveroregon.com

FAX: 1-855-253-2060

Correo postal: **Cover Oregon**
Attn: Appeals
PO Box 4410
Tualatin, OR 97062

NOTIFICACIÓN DEL PROCESO DE APELACIÓN Y DERECHOS



COVER
OREGON™



Si usted no está de acuerdo con las decisiones tomadas sobre su elegibilidad para la cobertura de salud y/o ayuda financiera, aquí están sus derechos y lo que puede hacer:

- Usted tiene el derecho de comunicarse con Cover Oregon™ para revisar y hacer preguntas acerca de las decisiones o para proporcionar información adicional.
 - Llame a Cover Oregon al 1-855-CoverOR (1-855-268-3767)
 - O envíe un correo electrónico a info@coveroregon.com
- Usted tiene el derecho de impugnar formalmente (en desacuerdo con) estas decisiones mediante la presentación de una solicitud de apelación. Si desea solicitar una apelación deberá solicitarla dentro de los 90 días de la fecha de su notificación de elegibilidad. Su fecha límite para solicitar una apelación no cambia incluso si se comunica con Cover Oregon antes de presentar su solicitud. Para más información, vea la Parte 1 abajo.
- Si usted solicita una apelación, usted tiene el derecho a una revisión informal con Cover Oregon y/o el personal de Oregon Health Authority, quienes revisarán su solicitud. Usted también tiene el derecho a una audiencia formal. Las audiencias formales se llevan a cabo por la Oficina de Audiencias Administrativas, que es independiente de Cover Oregon y Oregon Health Authority.

PARTE 1 — SOLICITE UNA APELACIÓN

¿Cómo puedo solicitar una apelación?

1. Obtenga una copia del formulario de Solicitud de Apelación (CO-P-00012/0443MM) en línea en coveroregon.com. O llame a Cover Oregon al 1-855-268-3767 para solicitar un formulario y/u obtener ayuda para llenar el formulario por teléfono.
2. Complete el formulario de Solicitud de Apelación – por su cuenta o con ayuda – dentro de los **90 días** siguientes a la fecha en su carta de decisión.
3. Firme el formulario de solicitud de apelación.
4. Envíe el formulario de Solicitud de Apelación por teléfono, correo electrónico o correo postal:
 - a. Llame a Cover Oregon al 1-855-268-3767. Nosotros podemos llenar el formulario en base a la información que usted proporcione y luego la enviamos por usted.
 - b. Envíe el formulario a appeals@coveroregon.com.
 - c. Envíe el formulario por correo a Cover Oregon a:

Cover Oregon

Attn: Appeals

P.O. Box 4410

Tualatin, OR 97062

Cover Oregon o Oregon Health Authority deben recibir un formulario completo de Solicitud de Apelación a fin de iniciar el proceso de apelación.

Nota para el personal militar: Los miembros en servicio activo tienen derecho a posponer estos procedimientos bajo la Ley Federal de Ayuda Civil para Miembros del Servicio (SCRA, siglas en inglés). Para obtener más información, puede ponerse en contacto con el Oregon State Bar al 1-800-452-8260, el Departamento Militar de Oregon al 1-800-452-7500 o la oficina de asistencia legal más cercana, legalassistance.law.af.mil.

¿Quién puede ayudarme a llenar mi formulario de solicitud de apelación?

Usted puede obtener ayuda para llenar el formulario de cualquier persona que usted elija, incluyendo amigos, familiares o personal de Cover Oregon y Oregon Health Authority. Si usted desea elegir a alguien para que actúe en su nombre en este caso, usted tiene la opción de elegir un “representante autorizado”. El representante autorizado podrá: discutir su solicitud de apelación con Cover Oregon y/o Oregon Health Authority; firmar por usted; recibir comunicados sobre su apelación; responder a las preguntas en la audiencia (si las hay). Para elegir un representante autorizado, usted tendrá que llenar y firmar un formulario para proporcionar información sobre la persona. La persona que usted elija también tendrá que firmar un formulario aceptando ser su representante autorizado.

¿Qué sucede después de que envíe mi apelación?

1. Cover Oregon y/o Oregon Health Authority llevarán a cabo una revisión informal de su solicitud de apelación. Durante la revisión informal podemos comunicarnos con usted para averiguar más acerca de por qué no está de acuerdo con la decisión.
2. Usted puede optar por retirar su solicitud de apelación durante la revisión informal, si así lo desea.
3. Si no podemos contactarlo durante la revisión informal, una audiencia será programada automáticamente para usted. Usted recibirá una notificación con la fecha y hora de la audiencia de la Oficina de Audiencias Administrativas.
4. Al final de la revisión informal, se tomará la decisión de ya sea cambiar la decisión original (según su petición) o ir a una audiencia.
5. Usted recibirá una notificación por escrito si hay un cambio de decisión.
6. Si su apelación va a audiencia, usted puede tener personas que testifiquen por usted. Usted también puede elegir ser representado por alguien más en la audiencia (véase más adelante).
7. Una decisión de apelación de un miembro del hogar puede resultar en un cambio para los otros miembros del hogar.
8. Las leyes sobre su apelación y derechos de audiencia son OAR 945-040-0100 a 945-040-0170, 410-200-0190, 410-200-0191, ORS 183.411 a 183.470 y ORS 411.095.

¿Puede alguien ayudarme en mi audiencia?

Sí, usted puede optar por tener a alguien que lo represente en la audiencia – esto podría incluir un representante autorizado (ver más arriba) o un representante legal. Usted puede llamar a la Línea de Beneficios Públicos (un programa de Servicios Legales de Oregon y el Centro Legal de Oregon) al 1-800-520-5292 para pedir consejos y posible representación.

¿Qué sucede si no hay una audiencia?

Si usted no apela a tiempo, o si retira la solicitud de apelación o falta a la audiencia, Cover Oregon puede emitir un fallo final por defecto en su elegibilidad. Si Cover Oregon emitió un fallo final por defecto, el archivo del caso, junto con todo el material que usted haya presentado sobre el mismo, es el registro. El registro se utiliza para respaldar la decisión en caso de incumplimiento.

PARTE 2 — ¿PUEDO CONTINUAR RECIBIENDO COBERTURA DE SALUD Y ASISTENCIA FINANCIERA DURANTE EL PROCESO DE APELACIÓN?

Sí, si usted estaba calificado previamente para la cobertura de salud y/o asistencia financiera, es posible continuar recibiendo la cobertura y/o asistencia durante el proceso de apelación. Esto se llama “beneficios continuos”, y aquí está cómo usted puede conseguirlos:

- Si la cobertura es a través de **Oregon Health Plan (OHP, siglas en inglés)**, usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los **10 días** siguientes a la fecha en que reciba la notificación de elegibilidad o la fecha de vigencia de las medidas propuestas en la notificación, la que sea posterior. Usted debe indicar en el formulario de Solicitud de Apelación que usted desea que sus beneficios de OHP permanezcan igual (*no que sean reducidos o cancelados*). Sus beneficios seguirán igual hasta la decisión final de apelación.
- Si usted tiene **seguro médico privado** a través de Cover Oregon, su título original para la cobertura de salud, créditos fiscales de primas anticipadas y/o reducciones de costos compartidos (según corresponda) continuará de forma automática durante el proceso de apelación, a menos que usted nos diga que no desea recibir estos beneficios.

Si usted recibe beneficios continuos y pierde la apelación, tendrá que devolver los beneficios que recibió durante el proceso de apelación. Si usted deja de recibir beneficios y gana la apelación, usted recibirá los beneficios que usted debería haber recibido durante el proceso de apelación.

PARTE 3 — ¿CÓMO PUEDO OBTENER UNA APELACIÓN MÁS RÁPIDAMENTE?

Usted tiene el derecho a una “apelación expedita” (una apelación rápida) cuando hay una necesidad inmediata de servicios de salud y el tiempo de espera estándar para el proceso de apelación podría poner su vida o su salud en grave riesgo.

Cover Oregon y Oregon Health Authority no discriminarán a nadie. Esto significa que Cover Oregon y Oregon Health Authority ayudarán a todas las personas elegibles y no tratarán a nadie de manera diferente por su edad, raza, color, origen nacional, sexo, religión, opinión política, discapacidad u orientación sexual. Usted puede presentar una queja si considera que Cover Oregon u Oregon Health Authority lo trataron de manera diferente por alguna de estas razones.