

NOTIFICACION DE ACCION PROPUESTA

DS 1803 (Revisado 7/2009)

Fecha

| | |
|---|---|
| Nombre del que solicita o recibe el servicio: | ¿Participa en el programa federal de desistimiento de servicios de Medicaid en el hogar o en la comunidad? (Marque uno) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dirección | Teléfono |
| Nombre del representante autorizado | |
| Dirección | Teléfono |
| Nombre del Centro Regional o Centro de Desarrollo del Estado: | |

_____ le notifica por medio de la presente que se propone a tomar
(Centro Regional o Centro de Desarrollo del Estado)

la siguiente acción, misma que le puede afectar sus servicios:

Acción propuesta:

Motivo de la acción:

Fecha de vigencia:

Autoridad para la acción (ley, reglamentación y/o norma que apoya(n) la acción):

DERECHO A APELAR

- Puede presentar una apelación ante el Departamento de Servicios de Desarrollo utilizando el formulario adjunto de Solicitud de Audiencia Equitativa. Si es necesario, el centro regional o centro de desarrollo del Estado lo pueden ayudar a llenar el formulario. Presente el formulario de Solicitud de Audiencia Equitativa debidamente llenado a:
- Puede obtener asistencia de defensa para su apelación en las siguientes organizaciones:
 - Defensor local de derechos de los clientes:
 - Junta de Zona local:
 - Organización para los derechos de Personas con Discapacidad en California:
 - Otra:
- **SUS SERVICIOS CONTINUARAN DURANTE EL PROCESO DE LA APELACION SI SU SOLICITUD DE AUDIENCIA EQUITATIVA TIENE UN MATASELLOS FECHADO O ES RECIBIDA POR EL CENTRO REGIONAL O CENTRO REGIONAL O CENTRO DE DESARROLLO DEL ESTADO, EL QUE LO RECIBA PRIMERO, DENTRO DE 10 DIAS DE LA FECHA EN QUE USTED RECIBIO ESTE AVISO.**
- El folleto adjunto, titulado “Proceso de Audiencia Equitativa para los Consumidores de 3 Años de Edad o Mayores”, explica sus derechos de apelar y provee información sobre el proceso de audiencias equitativas.