RESET

OFICINA DE PROGRAMAS DE DESARROLLO
AVISO DE ELEGIBILIDAD O DETERMINACIÓN DE SERVICIO Y FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL (DP 458)

Si usted (la persona, según se define en el Boletín 00-26-01 de la ODP) está solicitando servicios de la ODP o si usted se opone a una acción tomada por la Entidad Administrativa (AE, por sus siglas en inglés) o por la Dirección de Apoyos para el Autismo y Poblaciones Especiales (BSASP, por sus siglas en inglés) de la Oficina de Programas de Desarrollo (ODP, por sus siglas en inglés) que afecte negativamente su solicitud o autorización para los servicios de exención, usted tiene el derecho de apelar la determinación y solicitar una audiencia imparcial ante la Oficina de Audiencias y Apelaciones (BHA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Humanos. No se le concederá una audiencia si la acción tomada fue causada únicamente por una ley o regulación estatal o federal que requiera un cambio en la elegibilidad o el tipo de servicios disponibles bajo el programa de exención.

Puede presentar una apelación y solicitar una audiencia imparcial cuando ocurra lo siguiente:

- Se ha determinado que usted cumple con el nivel de atención de un centro de cuidados intermedios para personas con otras afecciones relacionadas (ICF/ORC) o un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/ID), está inscrito en Asistencia Médica y no se le ofreció la oportunidad de expresar una preferencia de prestación de servicios para servicios financiados por exención o ICF/ID o ICF/ORC en el Formulario DP 457.
- No se ha determinado que usted no cumple con un nivel de atención de ICF/ID o ICF/ORC.
- No se le considera elegible para la Administración de Apoyo Dirigido ni para la inscripción en una exención.
- Se tomó la decisión de denegarle la elección de un proveedor dispuesto y cualificado.
- Se tomó la decisión de denegar un servicio solicitado.
- Se tomó la decisión de suspender, reducir o terminar un servicio que está autorizado en su Plan de Apoyo Individual (ISP, por sus siglas en inglés) personal.

Usted tiene el derecho de representarse a sí mismo o de que lo represente otra persona. Un representante de la Agencia que realizó la asignación de los servicios, o su Organización de Coordinación de Apoyos, según corresponda, lo referirá a las agencias que puedan proporcionarle ayuda legal si usted lo solicita. Durante el proceso de audiencia imparcial, usted o su representante pueden exponer las razones por las que creen que la acción propuesta es incorrecta y presentar pruebas y/o testigos que respalden su caso.

Puede consultar a cualquier persona de su elección y/o a un abogado para que le ayuden a determinar si debe apelar.

Usted también tiene derecho a examinar la información que se utilizó para tomar la decisión o acción que está apelando y toda la información que se presentará en la audiencia. Puede haber un cargo por las copias de estos documentos.

Por favor, lea a continuación las instrucciones sobre cómo completar el Formulario DP 458. El formulario comienza en la página 5 de este documento.

INSTRUCCIONES

Las instrucciones y el Formulario DP 458 deben utilizarse junto con las directrices del Anexo 1 del Boletín ODP 00-26-01, que describe el derecho de una persona a apelar y a tener una audiencia imparcial al solicitar o recibir servicios financiados mediante exención. Todos los documentos, incluido el DP 458, **deben enviarse directamente a la Agencia que tomó la determinación con respecto a su solicitud o autorización para servicios de Discapacidad Intelectual/Autismo (ID/A, por sus siglas en inglés) o Exención para Autismo en Adultos, TSM, ICF/ID o ICF/ORC.**

Roles para completar el formulario

El Formulario DP 458 se divide en varias secciones que deben ser completadas por uno de los dos roles siguientes. El formulario indica qué rol completa esa sección.

> **Agencia:** Ya sea la Entidad Administrativa (AE, por sus siglas en inglés) para personas inscritas en una de las exenciones de ID/A o solicitud de servicios, o la Dirección de Apoyos para el Autismo y Poblaciones Especiales de la ODP (BSASP, por sus siglas en inglés) para personas inscritas en la Exención para Adultos con Autismo (AAW, por sus siglas en inglés).
>
> **Persona:** La persona a quien va dirigido el formulario, o su representante.

Sección I (Para ser completada por la Agencia)

Ingrese el nombre y la dirección de la persona en esta sección.

Sección II (Para ser completada por la Agencia)

Ingrese la fecha (mes, día, año) en que la Agencia tomó la determinación de elegibilidad o servicio. Ingrese el nombre de la Agencia.

Elegibilidad

Haga clic con el botón izquierdo del ratón o marque manualmente la casilla que aparece junto a la determinación de elegibilidad para la cual se otorgan los derechos de apelación y audiencia imparcial, si corresponde. Si la determinación no se refiere a la elegibilidad basada en una evaluación inicial o reevaluación del nivel de atención, seleccione la opción N/A.

Inscripción

Haga clic con el botón izquierdo o marque manualmente la casilla junto a la exención en la que la persona está inscrita actualmente o los servicios que la persona está recibiendo. Si la persona no está inscrita actualmente en una exención o no recibe servicios, seleccione la opción N/A.

Determinación de elegibilidad o servicio

Haga clic con el botón izquierdo del ratón o marque manualmente la casilla que aparece junto a la determinación de elegibilidad o servicio. Ingrese el tipo y la cantidad de servicio(s) que se deniegan, reducen, terminan o suspenden. Si se deniega una solicitud de inscripción en una fuente de financiación, ingrese el nombre de la fuente de financiación que solicitó la persona. Si la Agencia adopta una medida para reducir, finalizar o suspender los servicios, la fecha de entrada en vigor deberá ser, como mínimo, 10 días naturales después de la fecha indicada en la casilla de la sección 1.

Motivo de la determinación de elegibilidad o servicio

Ingrese el motivo por el cual se tomó la determinación específica de elegibilidad o servicio para la persona. Incluya una referencia a las políticas, reglamentos y/o requisitos del programa para respaldar la decisión.

Información de contacto de la agencia

La Agencia debe ingresar un nombre de contacto, número de teléfono y dirección postal para que la persona los utilice en caso de tener preguntas de seguimiento, inquietudes y/o para presentar una apelación por escrito.

Sección III (Para ser completada por la Agencia)

Fechas de apelación

Esta sección incluye las fechas en las que la persona debe presentar una solicitud de apelación para que la solicitud sea procesada y se continúen los servicios, si la persona está recibiendo actualmente un servicio que está siendo reducido, terminado o suspendido. Para un aviso previo por escrito, la apelación de la persona debe recibirse oralmente o por correo electrónico, o tener matasellos si se envía por correo postal, a más tardar en la fecha indicada para los “10 días” para que la persona continúe recibiendo servicios al nivel actual.

30 Días - Ingrese la fecha (mes, día, año) correspondiente a 30 días calendario a partir de la fecha ingresada en el recuadro de la sección I.

10 días - Ingrese la fecha (mes, día, año) correspondiente a 10 días calendario a partir de la fecha ingresada en el recuadro de la sección I.

Sección IV (Para ser completada por la persona)

Motivo de la apelación

La persona deberá indicar el motivo por el cual presenta la apelación. Esto debe basarse en la información de la Sección II del DP 458 que fue proporcionada por la Agencia. La persona debe proporcionar documentación para justificar el motivo de la apelación. La BHA puede emitir una "Orden para comparecer" para aclarar el asunto y tomar la decisión final sobre la posibilidad de apelación.

Resolución que se solicita

La persona debe describir claramente el resultado que desea obtener de la apelación y la audiencia imparcial.

Audiencia imparcial acelerada

Si una persona solicita una audiencia imparcial acelerada, se debe completar esta sección para indicar el motivo. Se recomienda a la persona que proporcione documentación adicional para ayudar a respaldar el motivo de la audiencia imparcial acelerada.

Reunión previa a la audiencia

La persona deberá marcar la casilla "Sí" o "No" para indicar su decisión de solicitar una reunión voluntaria e informal con la agencia que determinó su elegibilidad o la prestación del servicio. La reunión opcional brinda tanto a la persona como a la Agencia la oportunidad de discutir e intentar resolver el asunto antes de la audiencia imparcial oficial.

Preferencias de la audiencia

La persona debe marcar la casilla correspondiente al tipo de audiencia que prefiere, basándose en las opciones disponibles a través de la BHA que se incluyen en la Sección IV de este formulario. Si la casilla de audiencia telefónica está marcada, la persona debe incluir un número de teléfono.

Asistencia adicional

Esta sección debe completarse si la persona solicita cualquiera de los tipos de asistencia indicados en el formulario y a continuación para poder participar en una reunión con la Agencia y/o en una audiencia imparcial.

- Si la persona necesita un intérprete, se debe marcar esta casilla y debe documentarse el idioma que necesita ser traducido.
- Si la persona necesita una forma alternativa de comunicación, se debe marcar esta casilla, y la forma alternativa de comunicación que se solicita debe ser documentada.
- Si la persona necesita cualquier otra adaptación, se debe marcar esta casilla, y la adaptación solicitada debe ser documentada.

Sección V (Para ser completada por la persona)

Información de la persona

La persona debe incluir la fecha en la que se completa el Formulario DP 458, así como su firma, número de teléfono y dirección.

Información del representante

Si la persona tiene un representante que le ayuda con el proceso de apelación y audiencia imparcial, esta sección debe ser completada por el representante, incluyendo la fecha y la firma, el número de teléfono, la dirección y la relación del representante con la persona.

Sección VI (Para ser completada por la Agencia)

La Agencia debe completar esta sección cuando reciba un formulario de apelación con las Secciones IV y V completadas. En esta sección se indican los documentos que deben presentarse y el plazo que tiene la Agencia para presentarlos a la BHA, según el tipo de audiencia imparcial que se solicite.

Solicitud de audiencia imparcial estándar

La Agencia debe marcar esta casilla si la subsección de Audiencia Imparcial Acelerada en la Sección IV del DP 458 no se completó. Si se marca la casilla de audiencia imparcial estándar, la Agencia también debe marcar las casillas de la lista a continuación para indicar qué documentos se incluyen como parte de la solicitud de audiencia imparcial que se presenta a la BHA.

Solicitud de audiencia imparcial acelerada

La Agencia debe marcar esta casilla si se completó la subsección de Audiencia Imparcial Acelerada en la Sección IV del DP 458. Si se marca la casilla de audiencia imparcial acelerada, la Agencia también debe marcar las casillas de la lista a continuación para indicar qué documentos se incluyen como parte de la solicitud de audiencia imparcial que se presenta a la BHA.

La Agencia elegirá la Oficina del Programa Regional de ODP correspondiente para notificar la apelación, basándose en el condado de registro de la persona.

Pennsylvania
Department of Human Services

OFICINA DE PROGRAMAS DE DESARROLLO
Aviso de determinaciones de elegibilidad o de servicios y formulario de solicitud de audiencia imparcial

Fecha en que se envió este aviso:

SECCIÓN I

Esta sección debe ser completada por la Entidad Administrativa o por la Dirección de Apoyos para el Autismo y Poblaciones Especiales de la ODP.

Nombre de la persona:

Dirección de la persona:

SECCIÓN II

Esta sección debe ser completada por la Entidad Administrativa o por la Dirección de Apoyos para el Autismo y Poblaciones Especiales de la ODP.

El _____insertar fecha_____ el/la _____insertar agencia_____ tomó la siguiente determinación de elegibilidad o servicio:

Elegibilidad

Seleccione la determinación de elegibilidad para la cual se está completando este formulario:

☐ Determinación inicial del nivel de atención
☐ Determinación de la reevaluación del nivel de atención
☐ N/A

Inscripción

La persona está actualmente inscrita en o recibe los siguientes servicios:

☐ Exención para Adultos con Autismo (AAW) ☐ Exención Consolidada
☐ Exención de Vida Comunitaria ☐ Exención de Apoyos Dirigidos a la Persona/Familia
☐ Gestión de Apoyo Dirigido (TSM, por sus siglas en inglés) ☐ N/A

Determinación de elegibilidad o servicio:

Su determinación de elegibilidad/prestación de servicios:

☐ Denegación de: (identifique el servicio/la elegibilidad específica que se deniega)

☐ Reducción de: (identifique el/los servicio(s) específico(s) que se reducirá(n) y la fecha de entrada en vigor)

☐ Terminación de: (identifique el/los servicio(s) específico(s) terminado(s) y la fecha de entrada en vigor)

☐ Suspensión de: (identifique el/los servicio(s) específico(s) suspendido(s) y la fecha de entrada en vigor)

Motivo de la determinación de elegibilidad o servicio:

Esta decisión se toma por la(s) siguiente(s) razón(es) (incluya cualquier política, reglamento y/o requisito del programa que respalde la decisión):

Información de contacto de la Agencia:

Si la persona tiene alguna pregunta o duda sobre este aviso, o si la persona va a presentar una apelación por escrito, por favor comuníquese con:

Nombre de la Agencia/representante: Número de teléfono:

_____ (_____) - _____ - _____

Dirección postal de la Agencia:

SECCIÓN III

Esta sección debe ser completada por la Entidad Administrativa o la Dirección de Apoyos para el Autismo y Poblaciones Especiales.

Fechas de apelación:

30 días - (insertar fecha)

10 días - (insertar fecha)

SECCIÓN IV

Esta sección debe ser completada por la persona.

Motivo de la apelación:

¿Cuál es el motivo (o motivos) de su apelación? Por favor, sea específico:

(Adjunte la documentación o información de respaldo. Utilice hojas adicionales si es necesario.)

Resolución solicitada:

¿Qué resultado le gustaría obtener para resolver el asunto que se está apelando? Por favor, especifique:

(Utilice hojas adicionales si es necesario.)

Audiencia imparcial acelerada:

Por favor, explique cómo el plazo normal para decidir una apelación pondría en peligro su salud, bienestar y/o independencia. Adjunte cualquier documentación o información de respaldo relevante.

Reunión con la Agencia:

☐ Sí – Me gustaría hablar sobre mi apelación con la Agencia que tomó la determinación de servicio que estoy apelando antes de la audiencia.

☐ No – NO quiero hablar sobre mi apelación antes de la audiencia.

Preferencias de la audiencia:

Hay varios tipos de audiencias disponibles. Por favor, indique a continuación su preferencia de asistencia:

☐ Audiencia telefónica – El Juez de Derecho Administrativo lo llamará a usted, a sus testigos, a cualquier persona que lo esté ayudando y a un representante de la Agencia que tomó la medida/hizo la determinación que se está apelando. Incluya el número de teléfono donde se le pueda contactar para la audiencia:

(___ ___ ___) - ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

☐ Audiencia telefónica en la Agencia de asistencia- Usted estará en la oficina de la Agencia que tomó la medida/hizo la determinación que se está apelando. El Juez de Derecho Administrativo llamará al representante de la Agencia que está con usted, así como a cualquier testigo y a cualquier persona que le esté ayudando y que no está en el mismo lugar que usted y el representante de la Agencia.

☐ Audiencia presencial – Usted, sus testigos, cualquier persona que le ayude y un representante de la Agencia que tomó la medida/determinación que se está apelando estarán en una sala de audiencias en una oficina asignada de la BHA con un Juez de Derecho Administrativo.

☐ Audiencia presencial híbrida – Usted, sus testigos, cualquier persona que le ayude y un Juez de Derecho Administrativo estarán en una sala de audiencias en una oficina asignada de la BHA con un Juez de Derecho Administrativo. El juez llamará a un representante de la Agencia que tomó la medida o decisión que se está apelando.

Asistencia adicional:

Si necesita asistencia adicional para participar en la conferencia con la Agencia y/o en la audiencia imparcial porque habla un idioma distinto al inglés o necesita asistencia debido a una pérdida auditiva o discapacidad, debe presentar esa solicitud antes de la conferencia y/o la audiencia imparcial. Este servicio no tendrá ningún costo para usted.

Marque aquí si necesita un intérprete: ☐ ¿En qué idioma?

_____

Marque aquí si necesita una forma alternativa de comunicación: ☐ Si es así, por favor especifique:

_____

Marque aquí si necesita alguna otra adaptación: ☐
¿Qué adaptación(es) necesita?

_____

SECCIÓN V

Esta sección debe ser completada por la persona.

Individual:

Fecha	Firma individual	Número de teléfono

Dirección de la persona

Representante de la persona (si corresponde):

Fecha	Firma del representante	Número de teléfono

Dirección del representante

Nombre del representante en letra de imprenta y relación con la persona

SECCIÓN VI

Esta sección debe ser completada por la Entidad Administrativa o por la Dirección de Apoyos para el Autismo y Poblaciones Especiales de la ODP.

Audiencia imparcial estándar

☐ Solicitud de audiencia imparcial estándar

Dentro de los tres días hábiles siguientes a la recepción de la apelación y la solicitud de audiencia imparcial, la Agencia deberá presentar lo siguiente a la BHA:

☐ El Formulario DP 458 completado,

☐ Hoja de presentación de la apelación de la BHA,

☐ La documentación de respaldo de la Agencia para la determinación de elegibilidad o servicio, y

☐ Cualquier documentación de respaldo de la persona relacionada con el proceso de apelación y audiencia imparcial.

Audiencia imparcial acelerada

☐ Solicitud de audiencia imparcial acelerada

En el plazo de un día laborable a partir de la recepción de la solicitud de apelación acelerada y audiencia imparcial, la Agencia deberá presentar lo siguiente a la BHA:

☐ El Formulario DP 458 completado,

☐ Hoja de presentación de la apelación de la BHA,

☐ La documentación de respaldo de la Agencia para la determinación de elegibilidad o servicio, y

☐ Cualquier documentación de respaldo de la persona relacionada con el proceso de apelación y audiencia imparcial.

Además, dentro de los tres días laborables después de la recepción de la solicitud de apelación acelerada y audiencia imparcial, la Entidad Administrativa debe notificar a la Oficina Regional de Programas de Desarrollo correspondiente sobre dicha solicitud de apelación acelerada y audiencia imparcial.