

<return address>

Fecha de envío: <date>

<mailing address>

Estimado <CONSUMER>: <CIN>

Le enviamos el presente aviso porque, según nuestros registros, usted recibe Asistencia Médica (también llamada Medicaid) y recibe servicios en casa a través de un programa de exención (también llamado servicios basados en el hogar y la comunidad).

La forma en que usted recibe su Asistencia Médica cambiará debido a que el Departamento de Servicios Humanos iniciará un nuevo programa. Dicho cambio afectará la manera en que usted recibe sus servicios de salud física y de exención.

El nuevo programa se llama **Community HealthChoices (CHC)**. Con CHC, usted no perderá ningún servicio de Asistencia Médica que actualmente recibe. No tendrá más gastos que los actuales.

Usted recibirá sus servicios a través de Community HealthChoices a partir del día 1 de enero de 2020. Deberá elegir un plan de atención médica administrada.

CHC no hará ningún cambio en su Medicare. Medicare seguirá siendo la primera opción de pago de la mayoría de los servicios como servicios hospitalarios, pruebas de laboratorio y visitas de médicos.

¿Qué es CHC?

CHC emplea planes de atención médica administrada (CHC), para asegurarse de que todos sus servicios de salud física y de exención trabajen juntos. El plan CHC que usted elija trabajará con sus médicos, proveedores y Medicare para asegurarse de que usted reciba los servicios que requiere. El objetivo de CHC es el de ayudarlo a recibir toda la atención que necesita de manera más fácil.

Usted podrá elegir entre tres planes de atención médica administrada. Los planes son los siguientes:



¿Qué tengo que hacer?

Esperar un paquete de inscripción que le llegará por correo postal en los próximos días. Luego, elegir un plan CHC.

El paquete de inscripción le dará la información que requiere para elegir su plan CHC. Todos los planes CHC cubren los mismos servicios que usted recibe hoy. Algunos planes CHC podrían ofrecerle servicios adicionales. El paquete le proporcionará mayor información sobre los servicios de cada plan CHC.

ES MUY IMPORTANTE que usted elija el plan CHC que cumplirá sus necesidades para que pueda seguir utilizando los proveedores que le son importantes.

Debe elegir su plan CHC antes del día **<05/31/2018>**. Si no elige un plan CHC, de manera automática se le inscribirá en uno. **Puede cambiar de plan CHC en cualquier momento, lo haya o no lo haya elegido usted mismo.**

Si usted tiene al menos 55 años, es posible que también sea elegible para el programa LIFE Program, un programa de atención médica administrada de manera voluntaria que difiere del CHC. Su paquete de inscripción le proporcionará información sobre este programa.

¿Qué tengo que hacer para recibir mis servicios a través del CHC?

Algunas leyes permiten que el departamento requiera que usted reciba sus servicios a través de un programa de atención administrada como CHC. Las leyes que permiten esto incluyen la ley federal en 42 U.S.C. §§ 1396n(b), 1396n(c), y la ley estatal en 62 P.S. §§ 201(2), 403(b).

Para mayor información sobre los cambios de CHC, consulte el formulario “Aviso CHC – Mayor Información” adjunto a la presente.

¿Puedo apelar la decisión del departamento de que recibiré mis servicios a través de CHC?

Puede apelar y solicitar una audiencia **únicamente si** cree que cometimos un error y que usted no debe recibir sus servicios a través de CHC. Únicamente puede apelar si:

- Tiene menos de 21 años; o
- Es beneficiario del programa Vivir Independientemente para Ancianos (LIFE); o
- No pertenece a ninguno de los siguientes grupos:
 - Recibir tanto Medicare como Asistencia Médica.
 - Recibir servicios en casa a través de un programa de exención.
 - Recibir servicios en un centro de ancianos o convalecientes.

No puede apelar por ningún otro motivo. Para mayor información, consulte el formulario “Apelación y Audiencia Justa” adjunto a la presente. ¿Requiere ayuda jurídica? Puede obtener ayuda jurídica gratuita al llamar a la oficina de servicios legales de su localidad en <LEGALSERVICES> o al Proyecto de Ley de Salud de Pennsylvania al 1-800-274-3258.

Gracias,

Departamento de Servicios Humanos del
Estado de Pennsylvania



Aviso CHC– Mayor Información

¿Cómo recibiré servicios de salud conductual (también llamados servicios de salud mental o de drogas y alcohol)?

Si actualmente recibe servicios a través de un plan de atención médica administrada de salud conductual en HealthChoices, permanecerá en el plan en el que se encuentra actualmente. Su plan CHC trabajará con su plan de salud conductual para que reciba todos los servicios que necesita.

Si ahora recibe servicios en la Exención por Envejecimiento, se le inscribirá en el plan de salud conductual en su condado a partir del 1 de enero de 2020. Recibirá información sobre esto por vía correo postal a finales de este año.

¿Está todavía disponible el programa Vivir Independientemente de Ancianos (LIFE)?

Sí. El programa LIFE seguirá siendo una opción para personas elegibles mayores de 55 años. Recibirá información sobre esto con su paquete de inscripción.

¿Tengo que cambiar mis proveedores de exención o mi coordinador de servicios?

Del 1 de enero al 30 de junio de 2020 usted podrá mantener a sus actuales proveedores de exención y su coordinador de servicios. Después de eso, es posible que tenga que cambiarlos. Usted necesitará usar proveedores que tienen un contrato con su plan de CHC. Si sus actuales proveedores de exención o su coordinador de servicios no tienen un contrato con su plan de CHC, el plan de CHC trabajará con usted para encontrar diferentes proveedores que satisfagan sus necesidades.

¿Qué pasa si ya no estoy en una exención cuando comienza CHC?

Si ya no está en una exención cuando comienza CHC, recibirá una carta del Departamento que le dirá si recibirá o no sus servicios en CHC.

¿Dónde puedo obtener más información sobre CHC?

Consulte www.HealthChoices.pa.gov, o llame al 1-844-824-3655 para más información.

Indicaciones para Apelaciones y Audiencias Justas

Usted puede presentar una apelación y solicitar una audiencia justa si cree que cometimos un error por uno de los siguientes motivos:

- 1) Tiene menos de 21 años; o
- 2) Es beneficiario del programa LIFE; o
- 3) No pertenece a ninguno de los siguientes grupos:
 - Recibir tanto Medicare como Asistencia Médica.
 - Recibir servicios en casa a través de un programa de exención.
 - Recibir servicios en un hogar de ancianos o convalecientes.

No puede apelar por ningún otro motivo.

Si desea apelar, debe hacerlo dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de envío de la presente carta. Si su apelación no lleva sello de envío, o no se entrega a su oficina de asistencia del condado (CAO) dentro de los 30 días, es posible que quede rechazada su apelación sin audiencia.

Puede elegir entre una audiencia telefónica o una presencial.

- Puede tener una audiencia telefónica en un número de teléfono donde le puedan contactar o en la CAO.
- Si desea una audiencia presencial, indíquenos a continuación si:
 - 1) Desea que todos los participantes estén en la sala de audiencias con el oficial de audiencias, o enlazados por videoconferencia. El oficial de audiencias estará en una sala de audiencias ubicada en Harrisburg, pero usted puede ir a la Oficina de Audiencias y Apelaciones más cercana a usted en Philadelphia, Pittsburgh, Erie, Reading o Harrisburg; o
 - 2) El asistente social y el resto del personal de la Oficina de Vida a Largo Plazo (OLTL) pueden hablar por teléfono y usted y sus testigos estarán en la sala de audiencias con el oficial de audiencias ubicado en Harrisburg.

En la audiencia, puede decirle al oficial de audiencias las razones por las cuales cree que los hechos que tenemos sobre usted están equivocados. Puede hablar por sí mismo pero, si no se siente cómodo al hacerlo, le recomendamos que lleve a alguien que hable por usted. En la audiencia le puede representar un abogado, asistente legal, amigo, familiar o cualquier otra persona que elija. Sus testigos pueden hablar y usted puede presentar documentos al oficial de audiencias.

Usted puede solicitar la presencia de un intérprete en la audiencia justa, u otra asistencia, en el formulario de Apelación y Audiencia Justa adjunto. Se trata de un servicio sin costo alguno. Usted puede llevar un amigo o familiar para que le ayuden en la audiencia, pero el departamento proporcionará al intérprete oficial.

Usted puede recibir asistencia jurídica gratuita al visitar o llamar a la oficina de ayuda jurídica mencionada en el aviso o al llamar al Proyecto de Ley de Salud de Pennsylvania al 1-800-274-3258.

Si desea una reunión con su trabajador social para hablar sobre la decisión o para darnos información que pueda cambiar la decisión, llame al Centro de Servicio al Cliente del Departamento de Servicios Humanos al 1-877-395-8930. Si desea una reunión, puede llevar a alguien para que hable por usted en la reunión. Esta reunión no retrasará ni reemplazará su audiencia.

Si desea apelar, llene y devuelva el formulario de Apelación y Audiencia Justa a: <CAO mailing address>.

MAIL DATE		CASE NAME	
<MAIL DATE>	<CASE NAME>		
ADDRESS			
<ADDRESS>, <CITY>, <STATE> <ZIP CODE>			
COUNTY / RECORD NUMBER		CIN	
<COUNTY> <RECORD NUMBER>	<CIN>		



Formulario de Apelación y Audiencia Justa

Marque la casilla junto al tipo de audiencia que desea:

- Quiero una audiencia telefónica. Mis testigos y yo y cualquier persona que me ayude estaremos en este número de teléfono: _____
- Quiero una audiencia telefónica. Mis testigos y yo y cualquier persona que me ayude estaremos en la oficina de asistencia del condado (CAO).
- Deseo una audiencia presencial con el trabajador social, el personal de la Oficina de Vida a Largo Plazo y un juez en la sala de audiencias o enlazado por videoconferencia. Acudiré a la Oficina de Audiencias y Apelaciones de mi región (Pittsburgh, Philadelphia, Erie, Reading o Harrisburg). La sala de audiencias está ubicada en Harrisburg.
- Quiero una audiencia presencial. Mis testigos y yo, y cualquier persona que me ayude, estaremos en la sala de audiencias con el oficial de audiencias, pero el trabajador social y el resto del personal de la Oficina de Vida a Largo Plazo pueden comunicarse por teléfono desde su oficina. La sala de audiencias está ubicada en Harrisburg.

Para la audiencia:

- Por favor, marque aquí si necesita un intérprete de lenguaje de signos gratuito porque es sordo o por tener problemas auditivos.
- Por favor, marque aquí si necesita un intérprete gratuito porque no habla ni entiende inglés.
¿Que idioma? _____
- Por favor, marque aquí si necesita ayuda debido a una discapacidad. Describa el tipo de ayuda que necesita.

Presento esta apelación porque: (adjunte más hojas de ser necesario.)

Debe marcar una o más de las siguientes casillas si le aplica(n):

- Tengo menos de 21 años.
- Soy beneficiario del programa LIFE.
- No pertenezco a ninguno de los siguientes grupos:
 - No recibo tanto Asistencia Médica (también llamada Medicaid) como Medicare.
 - No recibo servicios en casa a través de un programa de exención.
 - No recibo servicios en un centro de cuidado hogar de ancianos.

_____		_____	
SU FIRMA		NÚMERO TELEFÓNICO	
_____		_____	
DIRECCIÓN		FECHA	
_____		_____	
FIRMA DE SU REPRESENTANTE (de tener uno)		NÚMERO TELEFÓNICO	
_____		_____	
DIRECCIÓN		FECHA	