COLORADO
Department of Health Care Policy & Financing

Formulario de solicitud de transcripción de Medicaid

Utilice este formulario para solicitar una grabación de audio y/o una transcripción escrita de su audiencia de apelación de Medicaid. Si su solicitud se recibe antes de la fecha límite para presentar sus excepciones a la apelación, incluidas en su Notificación de Decisión Inicial, la Oficina de Apelaciones le enviará una carta con una **nueva fecha límite**.

1. Seleccione la opción que corresponda a su caso y revise la información importante.

Soy el/la apelante (Miembro o solicitante de Health First Colorado (el programa Medicaid de Colorado) o su abogado o representante).

- La Oficina de Apelaciones pagará la transcripción únicamente si la Decisión Inicial no le es favorable.
- Su solicitud **debe recibirse** en la fecha límite o antes para presentar excepciones incluidas en su Notificación de Decisión Inicial.
- Si su solicitud se recibe a tiempo:
    - Se le otorgará automáticamente un aplazamiento de 45 días para presentar sus excepciones. Se enviará una notificación con su nuevo plazo a todos involucrados.
- Recibirá las transcripciones escritas por correo electrónico, a menos que solicite una copia en papel.

Soy la parte apelada (agencia, departamento del condado, agencia de administración de casos u otra organización)

- Usted es responsable de gestionar y pagar la transcripción.
- Si solicita una transcripción escrita, elija su propio servicio de transcripción y proporcione su información de contacto a continuación:

_____
_____
_____
_____

- Su solicitud **debe recibirse** en la fecha límite o antes para presentar excepciones a la apelación especificada en su Notificación de Decisión Inicial.

Solicito un aplazamiento de _____ días para presentar mis excepciones y enviar la transcripción.

2. Su información y los detalles del caso

Nombre: _____

Dirección postal: _____

Número telefónico: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de finalización del formulario: _____

Número de caso de la apelación: _____

Nombre de la otra parte (si se conoce): _____

Fecha(s) de la audiencia (si se conoce(n)):
_____

Solicito únicamente la grabación de audio. (**Nota:** La Oficina de Apelaciones solo puede aceptar transcripciones escritas al revisar Decisiones Iniciales).

Solo para apelantes: Deseo recibir una copia en papel de la transcripción.

3. Cómo enviar este formulario

Elija una de las siguientes opciones para enviar este formulario:

Correo electrónico (Más rápida): hcpf_officeofappeals@state.co.us

Fax: (303) 866-4411

Correo postal:
Colorado Department of Health Care Policy & Financing
Office of Appeals
303 E. 17th Avenue
Denver, CO 80203

4. Asistencia y accesibilidad

Si necesita ayuda para completar este formulario o requiere una adaptación (como letra grande, asistencia lingüística, braille u otro formato), comuníquese con la Oficina de Apelaciones por teléfono al 303-866-5654 o mediante uno de los métodos indicados en la sección 3.

5. ¿Tiene preguntas?

Comuníquese con la Oficina de Apelaciones por teléfono al 303-866-5654 y por correo electrónico en hcpf_officeofAppeals@state.co.us.