Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

AVISO SOBRE ESTADO DE RESPONSABILIDAD DEL SOLICITANTE - PROGRAMA MÉDICO LIMITADO DE SEGURO PARA CONTINGENCIAS

NOTICE OF APPLICANT LIABILITY STATUS - LIMITED CASUALTY PROGRAM

OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS (CSO)
TELÉFONO
NUMERO DE CASO
FECHA
PERÍODO BASE

Estimado Solicitante:

Recibimos sus cuentas médicas. Podemos usar $_____ de estas cuentas para su cuota de participación (spend-down) y/o deducible. Sin embargo, no podemos aprobar su asistencia médica en estos momentos. Por favor siga las instrucciones en los casilleros marcados abajo y contacte esta oficina antes del _____ o se negará su solicitud.

☐ 1. Sus cuentas permitidas NO satisfacen su cuota de responsabilidad de $_____. Adjunto otro formulario de "Responsabilidad del Solicitante", DSHS 14-196(X). Por favor mantenga récords de sus gastos médicos al reverso de este formulario, y devuélvalo cuando haya incurrido el resto de los $_____ en gastos médicos.

☐ a. Puesto que el dador de servicios no le exige que pague las cuentas siguientes, éstas no pueden ser consideradas.

☐ b. Las siguientes cuentas no pueden ser usadas para reducir su responsabilidad porque son gastos que no pueden ser considerados.

☐ c. Las siguientes cuentas son por personas por quienes Ud. no tiene la responsabilidad económica, o quienes reciben concesiones de AFDC, GA-U o de SSI. Los gastos de dichas personas no pueden tomarse en cuenta.

☐ d. Las siguientes cuentas ya fueron usadas para reducir su responsabilidad de modo que no pueden usarse de nuevo.

☐ e. Las siguientes cuentas no pueden considerarse para su deducible porque ☐ no son para personas que califican para el programa Médicamente Indigentes; y/o ☐ fueron incurridas siete días hábiles antes que solicitara asistencia médica.

☐ 2. Las siguientes cuentas no pueden ser usadas porque no muestran un pago a una tercera parte. Por favor envíe documentación del monto que pagará Medicare y/o seguro privado.

☐ 3. Usted no envió documentación de sus gastos médicos. Por favor envíe copias de sus cuentas o recibos de pago.

☐ 4. Las siguientes cuentas deben ser detalladas por fecha de servicio por su dador de servicio, y luego debe enviarlas a esta oficina.

☐ 5. Otro:

Las bases para esta acción es el Código Administrativo de Washington ☐ WAC 388-519-1930 o ☐ WAC 388-518-1840.

Si tiene alguna pregunta sobre esta carta, por favor llame a: _____.
TÉCNICO DE SERVICIOS ECONÓMICOS

POR FAVOR LEA EL REVERSO

Si no está de acuerdo con esta decisión tiene derecho a pedir una Audiencia Imparcial escribiendo a esta oficina o a: Office of Administrative Hearings, PO Box 2465, Olympia WA 98504, dentro de 90 días de la fecha en que reciba este aviso.

En una Audiencia Imparcial tiene derecho a ser representado/a por un abogado o alguna otra persona a quien elija para hacerlo. Podría obtener asesoría y representación legal gratis si se pone en contacto con una oficina de servicios legales.