Texas Department of Aging
and Disability Services

Your Appeal Rights/Sus derechos de apelación

Form 2420
December 2004

Individual Name/Nombre del cliente:	
Date of Action (Date Decision is Effective)/ Fecha de la acción (Fecha en que entra en vigor la decisión)	**Date of Letter (Mailing Date of this Letter)**/ Fecha de la carta (Fecha de envío de esta carta)

- You have the right to appeal the decision shown on Page 1 of this letter. If you want to request a fair hearing, you must contact your case manager by telephone or mail within **90 days** from the mailing date of this letter. If you send your request by mail, the postmark date will determine the timeliness of the request.
- **If you do not request a fair hearing within 90 days** from the mailing date of this letter, the decision shown on Page 1 of this letter will become final, and your right to a fair hearing will be lost. You may choose to have the individual's name placed on the MDCP interest list again by contacting your case manager.
- If you have questions about the fair hearing, you may call the State Office in Austin at 877-438-5658.
- If you request a fair hearing, you may request that the fair hearing be conducted based on written information without oral testimony. The written information may consist of the department's records and any medical or other written information you want to send.
- If you request a fair hearing, you may represent yourself at the hearing, or you may be represented by legal counsel, a relative, a friend, or a spokesperson.
- **If you are currently receiving services and request a fair hearing within 30 days** from the mailing date of this letter, you may request that your current service(s) continue until the hearing process is completed. To do so, check the appropriate box at the bottom of this page, sign your name, enter the date, and return this letter to your case manager at the address shown on Page 1. If the result of the hearing process agrees with the original decision, you may be asked to pay back the cost of services provided to you after the original action would have occurred.
- **If you are currently receiving services and you *do not* request a fair hearing within 30 days** from the mailing date of this letter, the proposed action shown on Page 1 will take place as scheduled. **If your case is closed, you may have your name placed back at the bottom of the interest list by calling your MDCP case manager or the State Office at 877-438-5658.**

- Usted tiene el derecho de apelar contra la decisión que aparece en la página 1 de esta carta. Si quiere pedir una audiencia imparcial, tiene que comunicarse con el administrador de casos por teléfono o por carta dentro de los **90 días** de la fecha de envío de esta carta. Si manda su petición por correo, nos basaremos en la fecha del matasellos para determinar si usted la envió dentro de este plazo.
- **Si no pide una audiencia imparcial dentro de los 90 días** de la fecha de envío de esta carta, la decisión que aparece en la página 1 de esta carta será definitiva, y usted perderá el derecho a una audiencia imparcial. Usted puede pedir que anoten otra vez el nombre del cliente en la lista de personas interesadas en el Programa de Niños Médicamente Dependientes (MDCP) comunicándose con su administrador de casos.
- Si tiene preguntas sobre la audiencia imparcial, puede llamar a la oficina estatal de Austin al 1-877-438-5658.
- Si solicita una audiencia imparcial, puede pedir que se lleve a cabo basada en la información escrita sin testimonio oral. La información escrita puede consistir en los archivos del departamento y en cualquier información médica o de otro tipo que usted quiera enviar.
- Si solicita una audiencia imparcial, puede representarse a sí mismo o puede escoger a un pariente, un amigo, un abogado o a una persona que hable por usted como su representante.
- **Si actualmente recibe servicios y pide una audiencia imparcial dentro de los 30 días** de la fecha de envío de esta carta, puede pedir que los servicios que recibe actualmente sigan a su disposición hasta que el trámite de la audiencia se termine. Para hacerlo, marque el cuadro apropiado al final de esta página, firme su nombre, ponga la fecha y devuelva esta carta al administrador de casos a la dirección que aparece en la página 1. Si el resultado de la audiencia concuerda con la decisión original, puede ser que se le pida reembolsar el costo de los servicios que recibió después de la fecha original en que se hubiera tomado la acción.
- **Si actualmente recibe servicios y *no* pide una audiencia imparcial dentro de los 30 días** de la fecha de envío de esta carta, la acción propuesta en la página 1 se llevará a cabo como ha sido programada. **Si su caso se ha cerrado, puede pedir que anoten su nombre al final de la lista de espera llamando al administrador de casos del MDCP o a la oficina estatal al 1-877-438-5658.**

To Request a Fair Hearing/Para pedir una audicencia imparcial

Call your case manager at the telephone number shown on Page 1 of this letter <u>or</u> check the correct box(es) below, sign and date this form, and send this form to your case manager at the address shown on Page 1./Llame al administrador de casos al número de teléfono que aparece en la página 1 de esta carta **<u>o</u>** marque el cuadro apropiado a continuación, firme, feche y envíe esta forma a su administrador de casos a la dirección que aparece en la página 1.

☐ **Request for fair hearing. I file this as my appeal and request for a fair hearing.**/Solicitud de una audicencia. Presento ésta como mi apelación y petición de una audiencia imparcial.

☐ **Request for fair hearing and for services to continue during the fair hearing process. I file this as my appeal and request for a fair hearing, <u>and</u> I request that services continue during the fair hearing process. I understand that if I continue receiving services and if a hearing examiner decides the action taken by MDCP is correct, I may be asked to pay back the cost of some or all of the services I received after the date the original action would have occurred.**/Solicitud de una audiencia imparcial y de continuación de servicios durante el trámite de la audiciencia imarcial. Presento ésta como mi apelación y petición de una audiencia imparcial, <u>y</u> pido que los servicios se sigan prestando durante el trámite de la audiencia imparcial. Entiendo que si sigo recibiendo servicios y el funcionario de audiencias decide que la acción tomada por el MDCP es correcta, puede ser que se me pida reembolsar el costo de algunos o todos los servicios que recibí después de la fecha original en que se hubiera llevado a cabo la acción.

_____ _____

Signature–Individual or Parent/Guardian/Firma del cliente o del padre o tutor **Date**/Fecha