

Derechos de apelación e instrucciones para presentar una apelación

06/2020
Formulario aprobado

| | |
|--|---|
| <p>¿Cuáles son sus derechos?</p> | <p>Tiene derecho a presentar una apelación por una decisión final sobre elegibilidad emitida por Pennie. Puede apelar, entre otras cosas, una decisión por la cual se niegue, finalice o cambie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su elegibilidad para adquirir una cobertura médica a través de Pennie. • El Crédito Fiscal Adelantado para la Prima (incluido el monto de su Crédito Fiscal) que usted califica para recibir • La Reducción de Costos Compartidos (incluido el monto de sus Reducciones de Costos Compartidos) que usted califica para recibir • Su capacidad para inscribirse o cambiar de plan a través de Pennie fuera de un período de inscripción abierta • Su capacidad para inscribirse en cobertura a través de Pennie, porque Pennie le informó que no presentó los documentos que prueban que no califica para otros tipos de cobertura médica • Pennie no le brindó una decisión a tiempo después de haber solicitado cobertura de seguro <p>Tenga en cuenta que solo se pueden apelar las Decisiones <i> finales </i>sobre elegibilidad. A veces, algunas notificaciones de Autoridad de Intercambio de Seguros de Salud de Pennsylvania, no representan Decisiones <i> finales </i>sobre elegibilidad y no pueden apelarse. Estas incluyen, en forma enunciativa pero no limitativa, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe una notificación que dice que una persona incluida en su solicitud necesita presentar documentación, debe seguir las instrucciones para enviarla. Hasta tanto presente la documentación y el problema se solucione, la notificación de elegibilidad no es una Decisión final sobre elegibilidad y no puede apelarse. • Si se le solicita que envíe más información a la agencia estatal de Medicaid o CHIP, la notificación de elegibilidad no es una decisión final sobre elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP y no puede apelarse. |
| <p>Plazo para apelar</p> | <p>Tiene 90 días desde la fecha de envío por correo de esta notificación para presentar una apelación.</p> <p>Tenga en cuenta: Si tiene una necesidad inmediata de servicios de atención médica y la demora en la respuesta podría perjudicar gravemente su salud, puede solicitar una revisión de apelación expeditiva (más rápida). (Ver punto 5)</p> |
| <p>Cómo apelar</p> | <p>Su apelación <i>debería</i> ser por escrito y debe incluir su nombre, dirección y la razón detallada por la cual cree que la decisión de elegibilidad de Pennie es un error. Si solicita una apelación para otra persona, como su hijo, incluya también su nombre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cualquier decisión acerca de la elegibilidad para recibir beneficios <i>puede</i> también cambiar la elegibilidad para otras personas en su grupo familiar. • Todas las apelaciones de acciones de Pennie se rigen por las disposiciones del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.), Sección 155.10 y <i>siguientes</i>, y las Normas Generales de Procedimiento y Prácticas Administrativas, Título 1 del Código de Pennsylvania, Parte II, Capítulos 31-35. |
| <p>Cómo presentar este formulario</p> | <p>Puede presentar una apelación por correo de Estados Unidos, fax o correo electrónico. Simplemente ingrese la información en los bloques a continuación e imprima el formulario completo. Si desea enviar su apelación por correo de Estados Unidos, imprima un formulario en blanco y complételo a mano, con tinta de color negro o azul oscuro.</p> <p>Firme el formulario completo y envíelo por correo, junto con la documentación respaldatoria a:</p> <p>Pennie Appeals PO Box 2008 Birmingham, AL 35203</p> <p>Puede enviar el formulario y los documentos por fax a una línea segura: 717-232-2226 o puede enviarlos por correo electrónico a: appeals@pennie.com</p> |

| | |
|---|--|
| <p>¿Qué sucederá a continuación?</p> | <p>Una vez que haya presentado la apelación, se programarán dos reuniones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Una revisión informal 2) Una audiencia formal <p>Revisión informal: Pennie llevará a cabo una revisión informal de su apelación. Esta revisión puede ser por vía telefónica con el equipo de atención al cliente de Pennie o con personal de Pennie, incluidos los asesores legales. El proceso informal es opcional. No necesita participar y puede elegir esperar hasta la audiencia formal, pero la revisión informal puede ayudar a resolver la apelación más rápidamente.</p> <p>Proceso formal: Dentro de las dos semanas siguientes a recibirla, Pennie acusará recibo de su apelación. Desde ese momento, usted comenzará a recibir información sobre su apelación de un funcionario de audiencias independiente. Ese funcionario será quien decida (juzgue) su caso. El funcionario de audiencias independiente programará una audiencia a la cual usted deberá asistir.</p> <p>Recibirá una notificación que le indicará la fecha y el horario de la audiencia. Esta audiencia puede ser en persona o por teléfono, según lo que usted requiera. Durante la audiencia, el funcionario revisará su caso. Puede dar su testimonio, hacer que otros testifiquen por usted y presentar documentación. Un representante de Pennie estará presente y puede hacerle preguntas a usted o a otras personas que testifiquen, así como también presentar documentos y dar testimonio. Usted puede hacer preguntas a los testigos de Pennie también.</p> <p>Luego, el funcionario de audiencias tomará una decisión. Recibirá una notificación que explicará la decisión. También le indicará qué hacer si no está de acuerdo con la decisión del funcionario de audiencias.</p> |
| <p>Concluir la apelación anticipadamente</p> | <p>Puede cancelar su apelación en cualquier momento, antes de que el funcionario emita su decisión final; esto se conoce como retiro. Si retira su apelación porque la agencia prometió cambiar su decisión, esa nueva decisión prevalecerá incluso después de que usted haya retirado la apelación. Si detiene su apelación antes de que la agencia cambie su decisión, se hará cumplir la notificación que usted ha apelado tal como está escrita.</p> |
| <p>Elegir un representante autorizado</p> | <p>Tiene derecho a elegir un representante autorizado, incluido un abogado, para ayudarlo con su apelación. El representante autorizado es una persona de su confianza que tiene su permiso para analizar la apelación, ver su información y actuar en su nombre en asuntos relacionados con su apelación, incluso puede recibir información y firmar la solicitud de apelación por usted.</p> <p>Si desea que un representante autorizado lo asista con su solicitud, complete y envíe el formulario complementario titulado "Designar un representante autorizado para mi apelación", disponible en pennie.com/appeals.</p> |
| <p>Ayuda adicional</p> | <p>Si necesita ayuda con su apelación en un idioma que no sea inglés, tiene derecho a recibir información en su idioma, sin cargo. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Pennie al 1-844-844-8040 (TTY: 711).</p> |
| <p>Preguntas</p> | <p>Si tiene dificultad para presentar una apelación a través de uno de los métodos mencionados anteriormente o si necesita más asistencia con este formulario, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Pennie al 1-844-844-8040 (TTY: 711). Si bien Pennie no puede brindarle asesoramiento legal, un representante de atención al cliente puede responder preguntas sobre cómo presentar una apelación y ayudarlo a hacerlo.</p> |

Formulario de solicitud de apelación

Ingrese su información directamente, luego imprima y firme el formulario completo. O imprima un formulario en blanco para completar, usando tinta de color negro o azul oscuro. Use letra imprenta mayúscula y rellene los círculos de esta manera .

PASO 1: Cuéntenos sobre la persona que está solicitando esta apelación (también llamado el "apelante").

| | | | |
|--|--|--|----------------------|
| 1. 1er Nombre | | 2do Nombre | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Apellido | | Fecha de nacimiento | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | |
| Dirección de correo | | Número de departamento | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Número telefónico (de día) | | | |
| (<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/> | | | |

Si la apelación es por otro integrante del grupo familiar, escriba su nombre y fecha de nacimiento. Use una hoja adicional, si es necesario. Nota: El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad para otros integrantes del grupo familiar, incluso si ellos no apelan sus propias decisiones de elegibilidad.

| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| 2. Primer nombre | | Segundo nombre | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Apellido | | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | |

| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| 3. Primer nombre | | Segundo nombre | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Apellido | | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | |

| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| 4. Primer nombre | | Segundo nombre | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Apellido | | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | |

Para ayudar a Pennie con el proceso, consulte la tabla a continuación acerca de los tipos de documentos que debería presentar junto con su solicitud de apelación. **Presente copias y no documentos originales, ya que los documentos no serán devueltos.** Escriba su nombre completo en todos los documentos que envíe junto con la solicitud de apelación.

Ejemplos de razones para apelar

Ejemplos de documentación respaldatoria a incluir junto con su solicitud de apelación

| | |
|--|--|
| <p><i>Ha perdido la asistencia financiera que recibía por su cobertura de Pennie, ya que Pennie le indicó que no había presentado la documentación que respaldara el ingreso de su grupo familiar.</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Declaraciones de impuestos (por ejemplo, 1040, 1040A, 1040EZ) • Talones de pago, formularios W-2 o 1099 • Libros de trabajador autónomo (incluidos el nombre de la persona que gana el ingreso, el nombre de la empresa, las fechas por las cuales recibe el ingreso y el monto neto de la pérdida o ganancia) • Declaraciones de beneficios de seguro social |
| <p><i>Ha perdido la asistencia financiera que recibía por su cobertura de Pennie, ya que Pennie le indicó que no había presentado la documentación que probara que no calificaba para recibir otro tipo de cobertura médica.</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Medicaid: carta del Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania que indique que usted no es elegible para Medicaid o CHIP (Programa de Seguro Médico para Niños) • Departamento de Asuntos de Veteranos (VA): carta del VA que indique que usted no está inscrito en cobertura médica • Cobertura del empleador (incluido COBRA): carta de la compañía de seguro médico o el empleador que indique que usted no es elegible o demuestre la finalización de la relación de empleo • TRICARE: carta de la Agencia de Salud del Departamento de Defensa que indique que usted no es elegible para cobertura médica • Cuerpo de Paz: carta del Cuerpo de Paz que indique que usted no es elegible para cobertura médica • Medicare: carta de los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) o la Administración de Seguro Social (SSA) que indique que usted no es elegible para Medicare |
| <p><i>Ha perdido su cobertura, ya que Pennie le indicó que no había presentado la documentación que probara su ciudadanía o condición migratoria.</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de residente permanente (I-551) • Tarjeta de autorización de empleo (I-766) • Pasaporte estadounidense o extranjero vigente • Licencia de conducir o identificación estatal junto con un certificado de nacimiento de los Estados Unidos • Aviso de acción (I-797) • Registro de entrada/salida (I-94) • Certificado de ciudadanía (N-560/N-561) • Tarjeta de indígena nativo americano (I-872) • Registros escolares que muestran el nombre del menor y el lugar de nacimiento en los Estados Unidos junto a una identificación escolar con fotografía |
| <p><i>Pennie le indicó que no era elegible para inscribirse o cambiar de plan a través de Pennie, fuera de un período de inscripción abierta.</i></p> | <p>La razón por la que cree que deberían permitirle inscribirse es porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdió o está perdiendo su cobertura: Una carta de la compañía de seguros o la agencia que brindaba el seguro, que demuestre el último día de la cobertura • Le negaron la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP): Una carta de rechazo o finalización enviada por la agencia estatal de Medicaid • Contrajo matrimonio: Certificado de matrimonio, licencia de matrimonio o declaración jurada firmada • Tuvo un hijo, adoptó un niño o recibió la custodia de un niño: Certificado de nacimiento, registros médicos, certificado de adopción, orden de manutención de niños u orden judicial • Cambió su domicilio permanentemente: Licencia de conducir, identificación del estado, contrato de alquiler, comprobante de pago de hipoteca o factura de servicio público |

de los Estados Unidos (IRS) sobre miembros de su grupo familiar, incluida información de su última declaración del impuesto federal sobre los ingresos. Pennie no puede compartir información del impuesto federal sobre los ingresos, ni información sobre los beneficios de Seguro Social mensuales o anuales, de conformidad con el Título II de la Ley de Seguro Social de la Administración de Seguro Social a un representante autorizado o a otra persona, sin su consentimiento. Para autorizar a Pennie, firme a continuación.

Comprendo que al completar, firmar y colocar la fecha a continuación, autorizo a Pennie a divulgar la información sobre impuestos federales incluida en mi expediente de elegibilidad, provisto por la IRS, a las personas cuyas firmas figuran debajo y a cualquier representante autorizado. Asimismo, autorizo a Pennie a divulgar a esas mismas personas la información sobre los beneficios de Seguro Social mensuales o anuales que recibo, de conformidad con el Título II de la Ley de Seguro Social. También autorizo a Pennie a divulgar cualquier otra información incluida en mi expediente de elegibilidad, recopilada en base a la solicitud que completé (o se completó en mi nombre) o que me enumera como miembro de un grupo familiar, y de otras fuentes de datos, como la verificación de empleo e ingresos de una agencia de información de consumidores, que Pennie usó para tomar su decisión de elegibilidad.

Entiendo que puedo solicitar una copia de mi expediente de apelación de elegibilidad de Pennie durante el proceso de apelación. Cada miembro adulto del grupo familiar debe dar su consentimiento para la divulgación de su propia información impositiva y la información sobre beneficios de Seguro Social mensuales o anuales, de conformidad con el Título II de la Ley de Seguro Social. Para ello, deben firmar a continuación.

La autorización es válida hasta:

- La resolución de la apelación; o
- mi notificación escrita de que deseo que mis representantes autorizados sean eliminados de la apelación; lo que suceda primero.

Firmo esta apelación bajo pena de perjurio, lo que significa que he respondido a todas las preguntas con la verdad y a mi leal saber y entender. Sé que puedo ser penado por la ley federal si brindo información falsa.

Firma 1

Nombre en imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|

Firma 2

Nombre en imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|

PASO 6: Firmas (continuación)

Esta información aplica a todas las personas mayores de 18 años que firman a continuación.

Firma 3

Nombre en imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> | / | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|

Firma 4

Nombre en imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

 / /

Firma 5

1. Nombre en imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

 / /

Firma 6

1. Nombre en imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

 / /

Firma 7

1. Nombre en imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Firma

Fecha (dd/mm/aaaa)

 / /