



STATE OF RHODE ISLAND
P.O BOX 8709
CRANSTON, RI 02920-8787

INSTRUÇÕES PARA APELAÇÃO

Prazos

Você precisa dar entrada com a sua apelação dentro do número de dias mencionado na sua notificação em anexo. Se você não cumprir este prazo, você pode perder o seu direito de apelação. Após você ter apresentado a sua apelação, marcaremos uma audiência e emitiremos uma decisão dentro de 90 dias, ou 60 dias, se a audiência for relativa aos seus benefícios do SNAP. Uma decisão será emitida para todas as apelações da HealthSource RI dentro de 90 dias da data em que uma entrada de apelação for recebida, conforme administrativamente viável.

Apelações rápidas

Você tem direito a uma apelação rápida se tiver uma necessidade imediata de serviços de saúde ou benefícios do SNAP e aguardar por uma apelação normal poderia colocar em sério risco sua vida ou saúde, ou capacidade de adquirir, manter ou recuperar função máxima. Devemos decidir apelações rápidas o mais depressa possível, dadas as circunstâncias. Se negarmos a sua solicitação para uma apelação rápida, devemos lhe informar rapidamente e devemos lidar com a sua apelação pelo nosso processo normal.

Direito de continuar a receber benefícios enquanto aguarda a audiência

Você pode ter o direito de continuar a receber seus benefícios sem alteração enquanto aguarda a sua audiência (isto é chamado "auxílio pendente"). Você só pode requisitar o "auxílio pendente" se apelar dentro de 10 dias após o recebimento da notificação que você está questionando, a menos que você esteja apelando de uma redeterminação de elegibilidade feita pela HealthSource RI. Para a HealthSource RI, o "auxílio pendente" só está disponível se você estiver apelando de uma redeterminação de elegibilidade que tenha ocorrido dentro de 30 dias da data em que você apresenta a sua apelação, e a requisição é feita à HealthSource RI pelo telefone 1-855-840-HSRI (4774). A menos que você possa comprovar de outra forma, para Medicaid e HealthSource RI, assumiremos que você tenha recebido a notificação 5 dias após a data na notificação. Se você paga prêmios mensais, você ainda precisa pagar tais prêmios durante o período de "auxílio pendente". Se você tem Medicaid e receber o "auxílio pendente", e então você perder a sua apelação, o Estado pode exigir que você devolva os custos que teve para cobri-lo durante o período de "auxílio pendente". Se você estiver recebendo créditos fiscais para ajudar a pagar seus prêmios e receber o "auxílio pendente", e então perder a sua apelação, você pode acabar devendo um valor extra nos seus impostos federais do ano seguinte. Se você recebe benefícios de SNAP, RIW ou GPA e receber "auxílio pendente", e então você perder a sua apelação, você pode precisar devolver os benefícios que lhe foram dados, mas aos quais você não tinha direito durante este período.

Direito de se representar e direito de ser representado

Você tem o direito de se representar na audiência ou de ser representado por qualquer pessoa que você escolha, inclusive um procurador, advogado, amigo ou parente.

Assessoria jurídica está disponível junto a Rhode Island Legal Services, Inc. pelos telefones 274-2652 ou 1-800-662-5034. Se você optar por ter representação legal, o representante deve apresentar um pedido de comparecimento junto ao *Hearing Office*, por escrito, antes ou na data da audiência. O pedido de comparecimento funciona como uma autorização para a liberação de informações confidenciais, permitindo que o representante legal tenha acesso ao registro do caso na agência. Também é necessário para que o *Hearing Office* confirme a representação para fins de acompanhamento, revisão, requisição de prorrogações, etc.

For More information visit www.healthyrhode.ri.gov
Para más información visite www.healthyrhode.ri.gov
Para mais informações visite www.healthyrhode.ri.gov

Elegibilidade de outros membros do domicílio pode ser afetada

Nossa decisão quanto à apelação pode resultar em mudanças na elegibilidade de outros membros do seu domicílio.

Acesso ao registro do seu caso

Você tem o direito de ver o registro do seu caso, inclusive qualquer evidência que o Estado usará na sua audiência. Para visualizar o registro do seu caso, ligue para nós pelo telefone 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Se você estiver apelando de uma medida tomada pela HealthSource RI, você pode requisitar uma cópia do seu registro ligando para: 1-855-840-HSRI (4774).

Resolução informal

Podemos ser capazes de resolver o seu problema rapidamente sem uma audiência. Ligue para 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) a fim de que possamos rever o seu caso informalmente. Se você estiver apelando de uma medida tomada pela HealthSource RI, você pode entrar em contato com a HealthSource RI pelo telefone 1-855-840-HSRI (4774) para requisitar uma revisão informal da sua apelação. Entraremos em contato com você em uma tentativa de resolver a sua apelação informalmente. O seu direito a uma audiência não será impactado pela tentativa de resolver o seu problema informalmente.

For More information visit www.healthyrhode.ri.gov

Para más informacón visite www.healthyrhode.ri.gov

Para mais informações visite www.healthyrhode.ri.gov

FORMULÁRIO DE APELAÇÃO

Processo de entrada de apelação

Você pode dar entrada com uma apelação por um dos meios abaixo. Se você enviar este formulário, o Estado fará uma revisão do seu caso para tentar resolver o problema.

- **Online.** Faça o login na sua conta em www.healthyrhode.ri.gov e clique em "apresentar uma apelação".
- **Por telefone.** Você pode apresentar uma apelação relativa a Medicaid e Cobertura de saúde privada através da HealthSource RI ligando para a HealthSource RI pelo telefone 1-855-840-HSRI (4774). Para perguntas sobre a apresentação de uma apelação para programas de serviços humanos tais como SNAP, RIW, Cuidados infantis, GPA ou SSP, ligue para o Departamento de Serviços Humanos pelo telefone 1-855-MY-RI-DHS (1-855- 697-4347).
- **Pessoalmente.** Para assistência presencial, visite www.dhs.ri.gov para visualizar a localização dos escritórios.
- **Pelo correio.** Preencha este formulário e envie-o pelo correio para ATTN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

Nome (obrigatório): _____

Data de nascimento (obrigatório): _____

Nº da conta: _____

Endereço (obrigatório): _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Você precisa de ajuda para falar, ler ou escrever em inglês? Sim Não:

Em caso afirmativo, qual é o seu idioma principal? _____

Método de contato preferido (circule um): e-mail / correio

Você precisa marcar o(s) motivo(s) para a sua apelação:

Cobertura de saúde:

Serviços humanos:

_____ Medicaid

_____ SNAP

_____ GPA

_____ Plano particular - HealthSource RI

_____ RIW

_____ CUIDADOS INFANTIS

_____ Ambos/Não tenho certeza

_____ SSP

_____ Outro (Explique) _____

For More information visit www.healthyrhode.ri.gov

Para más información visite www.healthyrhode.ri.gov

Para mais informações visite www.healthyrhode.ri.gov

Explique o motivo para a sua apelação:

Você precisa de serviços de saúde importantes ou benefícios do SNAP imediatamente? Em caso afirmativo, você gostaria de ter uma apelação rápida? Sim Não:

Em caso afirmativo, explique:

SE A DECISÃO DA AUDIÊNCIA NÃO FOR A MEU FAVOR, ENTENDO QUE PRECISO PAGAR DE VOLTA QUALQUER ASSISTÊNCIA E/OU BENEFÍCIOS DO SNAP AOS QUAIS, POR DETERMINAÇÃO, EU NÃO SEJA ELEGÍVEL

Marque esta caixa se alguém vai lhe ajudar com a apelação ou vai representá-lo durante o processo de apelações. Pode ser um advogado, amigo ou parente. Forneça as informações de contato desta pessoa:

Nome: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Você gostaria que a sua cobertura e benefícios continuassem inalterados enquanto você aguarda uma decisão da audiência? Sim Não:

Assinatura _____ Data _____
(Beneficiário)

PARA SER PREENCHIDO SOMENTE PELA AGÊNCIA:

A APELAÇÃO É REFERENTE A: _____ RIW _____ MEDICAID _____ GPA
 _____ SNAP _____ PLANO DE SAÚDE PARTICULAR _____ CUIDADOS INFANTIS
 _____ OUTRO

Indique referência específica do manual de políticas: Seção(ões) _____

Resposta da agência para a apelação/explicação: _____

Representante da agência (Assinatura) _____ Supervisor(Assinatura) _____

(Nome em letras de forma) _____ (Nome em letras de forma) _____

Escritório local _____

For More information visit www.healthyrhode.ri.gov
 Para más información visite www.healthyrhode.ri.gov
 Para mais informações visite www.healthyrhode.ri.gov