

# FAIR HEARING REQUEST FORM

I am submitting this form to request a Fair Hearing. (Check all that apply and complete fields below)

I disagree with Nevada Medicaid's decision to reduce, terminate or deny benefits.

I am requesting my Fair Hearing be expedited because a standard hearing could jeopardize my life, health or ability to attain, maintain, or regain maximum function. The documentation from my medical provider to support this request is attached. (If you don't supply this documentation, this request will be processed within the Standard Fair Hearing timeframe, 90 days)

I am requesting a fair hearing based on the issue of reasonable promptness.

During the Fair Hearing process, I would like my benefits continued. I understand I may have to pay back the cost of services or items if I do not win the Fair Hearing.

Please send me a free copy of the regulations relevant to my case. Also available at website: [www.dhcfp.state.nv.us](http://www.dhcfp.state.nv.us).

Recipient name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Recipient mailing address: \_\_\_\_\_

Recipient ID number: \_\_\_\_\_

Recipient signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Authorized representative name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Representative mailing address: \_\_\_\_\_

Authorized representative signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

---

**Estoy entregando esta forma para pedir una Audiencia Justa: (Chequee todos los que aplican y complete las lineas de abajo)**

Yo no estoy de acuerdo con la decision de Nevada Medicaid de reducir, terminar o negar beneficios.

Estoy solicitando que mi audiencia imparcial sea acelerada porque una audiencia estándar podría poner en peligro mi vida, mi salud o mi habilidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima función. La documentación de mi proveedor médico para apoyar esta solicitud se adjunta. (Si no suministra esta documentación, esta solicitud se procesará dentro del plazo estándar de audiencia imparcial, 90 día)

Yo estoy pidiendo una Audiencia Justa basado en el asunto de tiempo razonable.

Durante el proceso de Fair Hearing, yo quisiera que mis beneficios continúen. Yo entiendo que yo podria tener que pagar los costos por servicios o cosas, si yo no gano la Audiencia Justa.

Por favor mándeme una copia gratis de las regulaciones relevantes a mi caso. También disponibles en la pagina del internet [www.dhcfp.state.nv.us](http://www.dhcfp.state.nv.us).

Nombre del Recipiente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Recipiente: \_\_\_\_\_

# de ID del recipiente: \_\_\_\_\_

Firma Del Recipiente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del representante: \_\_\_\_\_

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Return this request to/ Regrese esta petición a:**

**Nevada Medicaid Hearings Unit  
1100 East William Street – Suite 101  
Carson City, NV 89701**

**Fax # (775) 684-3610, E-Mail [dhcfphearings@dhcfp.nv.gov](mailto:dhcfphearings@dhcfp.nv.gov)**