

STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF HEALTH CARE FINANCING AND POLICY
1100 East William Street * Suite 101 * Carson City, Nevada 89701

Notice
Date: _____
Recipient's
Name: _____
Medicaid No.: _____

NOTICE OF DECISION KATIE BECKETT ELIGIBILITY OPTION

The following Medicaid decision(s) have been made effective on: _____
Date of Action

Your Medicaid ~~benefit~~services which could be covered due to the Katie Beckett Eligibility Option is/are:

- Terminated Denied **Reduced**

This decision is based on Medicaid Operations Manual Section(s): _____

- Failure to keep costs at or below the maximum allowable amount for a second consecutive quarter will result in termination of Medicaid eligibility under the Katie Beckett Eligibility Option.
- The recipient has been, or is expected to be, institutionalized over 60 days in a hospital, nursing facility (NF), intermediate care facility for the intellectually disabled (ICF/IID), residential treatment center (RTC) or incarcerated.
- The child must be under 19 years of age and determined to be disabled based upon Social Security Disability Standards.
- The child must require a Level of Care (LOC) that would make him or her eligible for placement in a hospital, nursing facility or intermediate care facility for individuals with intellectual disabilities (ICF/IID).
- A physician must sign a statement indicating that it is safe and appropriate for the child to receive care in the home.
- The parent or guardian must cooperate with program processes which includes; responding within thirty (30) days to communications from the DHCFP Health Care Coordinator and requests for information.
- Other: _____

This letter provides you with information about how to request a Fair Hearing and your Fair Hearing Rights with regard to the Katie Beckett Eligibility Option. You may also receive a Notice of Decision from the Division of Welfare and Supportive Services (DWSS).

If you have any questions regarding this decision, in Northern Nevada please contact the DHCFP Hearings Unit at (775) 684-3604. In the Las Vegas area, please contact the DHCFP Hearings Unit at (702) 486-3000 ext. 43604 or 1-800-992-0900, ext. 43604.

PLEASE RETURN PAGE 1 WITH THE REQUEST FOR FAIR HEARING FORM

STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF HEALTH CARE FINANCING AND POLICY
Nevada Medicaid * 1100 East William Street * Suite 101 * Carson City, Nevada 89701

Fecha de
Aviso: _____

Nombre del
Beneficiario: _____

Número de
Medicaid: _____

AVISO DE DECISION OPCION DE ELEGIBILIDAD KATIE BECKETT

La siguiente determinación de Medicaid se ha hecho efectiva el: _____
Fecha de Acción

Sus ~~beneficios~~servicios de Medicaid que podrían ser cubiertos debido a la Opción de Elegibilidad Katie Beckett han sido:

- Terminados Negados Reducidos

Esta decisión está basada en el Manual de Operaciones de Medicaid sección(es): _____

- El no mantener los costos en ó debajo de la cantidad máxima permitida por un segundo trimestre consecutivo va a resultar en terminación de Medicaid bajo la opción elegibilidad de Katie Beckett.
- El beneficiario ha estado o se espera que este institucionalizado por más de 60 días (en un hospital, en una instalación de cuidados intermedios para incapacitado intelectuales (ICF/IID), centro de tratamiento residencia (RTC), o encarcelado.
- El/la niño(a) debe ser menor de 19 años de edad y haber sido determinado incapacitado basado en los Estandares de Incapacidad del Seguro Social.
- El/la niño(a) debe requerir un Nivel de Cuidado (LOC) que haría que él o ella califiquen para ser ubicados en un hospital, una instalación de enfermería (NF) o una instalación de cuidados intermedios para incapacitados intelectuales (ICF/IID).
- Un médico debe firmar una declaración, la cual indique que es seguro y adecuado para el/la niño(a) recibir cuidados en casa.
- El padre o guardián debe cooperar con los procesos del programa que incluye; responder dentro de 30 días a correspondencia del coordinador del cuidado de salud con la División de Cuidado de Salud Financiamiento y Póliza (DHCFP) y pedidos de información.
- Otro: _____

Esta carta le proporciona información acerca de como solicitar una Audiencia Justa y sus derechos a una Audiencia Justa con respecto a la Opción de Elegibilidad Katie Beckett anteriormente descrita. Usted también podría recibir un Aviso de Decisión de la División de Bienestar Social y Servicios de Apoyo (DWSS).

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta decisión, en el Norte de Nevada por favor contacte la Unidad de Audiencias de DHCFP al (775) 684-3604. En el área de Las Vegas por favor contacte la Unidad de Audiencias de DHCFP al (702) 486-3000 ext. 43604 o 1-800-992-0900 ext. 43604.

POR FAVOR DEVUELVA ESTA PAGINA JUNTO CON EL FORMULARIO PARA PETICION DE AUDIENCIA JUSTA

REQUESTING A FAIR HEARING

If you disagree with Medicaid's denial, reduction or termination of **benefitsservice**, you may request a **Fair Hearing**. A Fair Hearing allows you and Medicaid to give information about your situation to a Hearing Officer. The Hearing Officer is a neutral party who makes a decision on your appeal. There is no charge for a Fair Hearing.

Medicaid must receive your request within 90 calendar days from the Notice Date.

You may represent yourself or have the help of another adult. The adult can be a friend, family member or lawyer. Medicaid has provided the names of some agencies that may be able to help you. (See below).

The request for a Fair Hearing must include: (1) your name, address, telephone number; (2) Medicaid number; and (3) if someone is helping you, the name, telephone number and address of the adult who will help you (the "authorized representative"). You must sign the request unless you are unable to do so because of your disability. You may use the enclosed form to request a Fair Hearing.

If you want your services to stay the same during the Fair Hearing process, you must: 1) ask for a hearing not more than 10 calendar days after the Date of Action (shown on the Notice of Decision); **and 2) you must ask that your services stay the same.** (During the Fair Hearing process, your services will be continued) You may use the enclosed form to do this.

Medicaid may ask you to pay back the cost of the continued services if you lose your appeal.

After you have requested a Fair Hearing, Medicaid will contact you within 10 days to arrange a Hearing Preparation Meeting (HPM). The meeting will be by telephone. The goal of this meeting is to try to resolve your appeal. Medicaid will explain its decision and give you the chance to provide more information. If you and Medicaid cannot agree, you may go to a Fair Hearing. **A Hearing Preparation Meeting (HPM) is optional.** You do not have to take part in a HPM. You can let Medicaid know you want to go directly to a Fair Hearing and have a Hearing Officer decide your appeal.

To find out more about Medicaid appeals, you may go to the Nevada Department of Health and Human Services, Division of Health Care Financing & Policy's Medicaid Services Manual Chapter 3100 – Hearings at <https://dhcfp.nv.gov>.

If you cannot afford legal counsel, one of the Legal Services programs listed below may be able to help:

- Nevada Legal Services, Inc. (Reno) Washoe County: (775) 284-3491
- Nevada Legal Services, Inc. (Las Vegas) Clark, Lincoln, Nye, and Esmeralda Counties: (702) 386-0404 or (866) 432-0404, TDD: (702) 386-1059
- Nevada Legal Services, Inc. (Elko) Elko County: (775) 753-5880
- Nevada Legal Services, Inc. (Carson City) Carson City and remaining counties: (775) 883-0404 or (800) 323-8666
- Southern Nevada Senior Law Program (Las Vegas) Clark County residents age 60 and older: (702) 229-6596, TDD: (702) 386-9108
- Senior Law Project (Reno) Washoe County residents age 60 and older: (775) 334-3050
- Nevada Disability Advocacy and Law Center (South) Disabled Persons and Families with Disabled Persons: (702) 257-8150 or (888) 349-3843, TDD: (702) 257-8160
- Nevada Disability Advocacy and Law Center (North) Disabled Persons and Families with Disabled Persons: (775) 333-7878 or (800) 992-5715, TTD: (775) 788-7824

PIDIENDO UNA AUDIENCIA JUSTA

Si usted no está de acuerdo con la negación, reducción, o terminación de **beneficioservicio** que Medicaid ha hecho, usted puede pedir una Audiencia Justa. Una Audiencia Justa permite que usted y Medicaid den información sobre su situación a un Oficial de Audiencia. El Oficial de Audiencia es una persona neutral que tomara una decision pertinente a su apelación. No hay costo para usted por una Audiencia Justa.

Medicaid tiene que recibir su petición dentro de 90 días a partir de la fecha del Aviso de Decisión.

Usted puede representarse a sí mismo o puede tener la ayuda de otro adulto. El adulto puede ser un amigo, un familiar o un abogado. Medicaid le ha proveído los nombres de algunas agencias que quizás le puedan ayudar. (Vea abajo).

La petición para una Audiencia Justa tiene que incluir: (1) Su nombre, dirección, número de teléfono; (2) su número de Medicaid; y (3) si alguien le está ayudando, el nombre, el número de teléfono y la dirección del adulto que le está ayudando (el “representante autorizado”). Usted tiene que firmar la petición a menos que usted no pueda hacerlo debido a una discapacidad. Usted puede usar el formulario incluido para pedir una Audiencia Justa.

Si usted quiere que sus servicios sigan siendo los mismos durante el proceso de Audiencia Justa, usted debe: 1) pedir una audiencia no más de 10 días después de la Fecha de Acción (que aparece en la Noticia de Decisión); **2) usted tiene que pedir que sus servicios sigan siendo los mismos.** (Durante el proceso de Audiencia Justa, sus servicios serán continuados) Usted puede usar el formulario incluido para hacer esto.

Medicaid puede pedirle que reembolse el costo de los servicios que se han continuado si usted pierde la apelación.

Después de que usted haya pedido una Audiencia Justa, Medicaid se pondrá en contacto con usted dentro de los primeros 10 días para concretar una Reunión de Preparación de Audiencia (HPM). La reunión será por teléfono. El objetivo de esta reunión es el tratar de resolver su apelación. Medicaid le explicara su decisión y le dará la oportunidad de proveer mas información. Si usted y Medicaid no pueden llegar a un acuerdo usted puede ir a una Audiencia Justa. **La Reunión de Preparación de Audiencia (HPM) es opcional.** Usted no tiene que participar en una Reunión de Preparación de Audiencia. Usted puede decirle a Medicaid que usted quiere ir directamente a una Audiencia Justa para que un Oficial de Audiencia decida su apelación.

Para saber más sobre las apelaciones de Medicaid, usted puede ir al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada, División de Cuidados de Salud Financiamiento y Póliza, Manual de Servicios de Medicaid Capítulo 3100 – **HearingsAudiencias** en: <https://dhcfp.nv.gov>.

Si usted no puede costearse consejería legal, uno de los programas de servicios legales que aparecen abajo quizás le puedan ayudar:

- Servicios Legales de Nevada, Inc. (Reno) Condado de Washoe: (775) 284-3491
- Servicios Legales de Nevada, Inc. (Las Vegas) Condados de Clark, Lincoln, Nye y Esmeralda: (702) 386-0404 o (866) 432-0404, TDD: (702) 386-1059
- Servicios Legales de Nevada, Inc. (Elko) Condado de Elko: (775) 753-5880
- Servicios Legales de Nevada, Inc. (Carson City) Carson City y todos los demás condados: (775) 883-0404 o (800) 323-8666
- Programa de Ley para Mayores del Sur de Nevada (Las Vegas) Residentes del condado de Clark con 60 o más años de edad: (702) 229-6596, TDD: (702) 386-9108
- Proyecto de Ley para Mayores (Reno) Residentes del condado de Washoe con 60 o más años de edad: (775) 334-3050
- Nevada Centro de Apoyo y Leyes (Sur) Personas minusválidas y familias con minusválidos: (702) 257-8150 o (888) 349-3843, TDD: (702) 257-8160
- Nevada Centro de Apoyo y Leyes (Norte) Personas minusválidas y familias con minusválidos: (775) 333-7878 (800) 992-5715, TDD: (775) 788-7824

KATIE BECKETT 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 terminate, ~~or~~ deny or reduce benefits.
- 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.nv.gov.

Recipient Name: _____ Phone: _____

Recipient mailing address: _____

Recipient Medicaid ID number: _____

Recipient signature: _____ **Date:** _____

Authorized representative name: _____ Phone: _____

Representative mailing address: _____

Authorized representative signature: _____ **Date:** _____

FORMULARIO PARA PETICION DE AUDIENCIA JUSTA KATIE BECKETT

Estoy entregando este formulario para pedir una Audiencia Justa: (Marque todos los que aplican y complete las líneas de abajo).

- Yo no estoy de acuerdo con la decisión de Nevada Medicaid de terminar, ~~e~~ negar o reducir beneficios.
- Yo estoy pidiendo una Audiencia Justa basado en el asunto de tiempo razonable.
- Durante el proceso de Audiencia Justa, yo quisiera que mis beneficios continuaran. Entiendo que yo podría tener que pagar los costos por servicios o artículos, si yo no gano la Audiencia Justa.
- Por favor mándeme una copia gratis de las regulaciones relevantes a mi caso. También disponibles en la página del internet: www.dhcfp.nv.gov.

Nombre del beneficiario: _____ Teléfono: _____

Dirección del beneficiario: _____

Número de Medicaid del beneficiario: _____

Firma del beneficiario: _____ **Fecha:** _____

Nombre del representante autorizado: _____ Teléfono: _____

Dirección del representante autorizado: _____ Teléfono: _____

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