

Fecha: Haz clic o toca para introducir una fecha.

# de Medicaid: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

Estimado: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

**PermiaCare ha revisado lo siguiente:** Elija un artículo.

**PermiaCare ha determinado lo siguiente:** Elija un artículo.

**Esta determinación se tomó porque:** Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

---

Esta determinación se realiza de acuerdo con las siguientes reglas de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas:

☐ **{26 TAC § 306.309} Servicios de rehabilitación de salud mental - Elegibilidad**

Para recibir servicios de rehabilitación de salud mental de PermiaCare, debe ser elegible. Según nuestra información, ya no califica en función de lo siguiente:

*No aplicable*

☐ **{26 TAC § 306.259} Servicios de administración de casos de salud mental - Elegibilidad**

Para recibir los servicios de administración de casos de salud mental de PermiaCare, debe ser elegible. Según nuestra información, ya no califica en función de lo siguiente:

*No aplicable*

**Esto significa:** Elija un artículo.

**Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene las siguientes opciones:**

1) Si su caso está cerrado porque **PermiaCare** no ha podido comunicarse con usted, comuníquese con su administrador de casos dentro de los 10 días. Haga clic o toque aquí para ingresar el texto. Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

2) Puede comunicarse con la defensora de derechos del cliente de PermiaCare, Amber Johnson, al 432-570-3333

3) Puede solicitar una audiencia imparcial para apelar la decisión según lo dispuesto en las reglas del Capítulo 357 del 1 TAC, Subcapítulo A. Si solicita una audiencia imparcial, puede representarse a sí mismo o puede hacer que alguien de confianza lo represente. Si elige que alguien lo represente, será a su cargo. Cualquier solicitud de apelación debe ser recibida por la HHSC de Texas en o antes (90 días a partir de la fecha de esta carta). Perderá su derecho a apelar esta decisión si su solicitud no se recibe antes de esta fecha. Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

Puede solicitar una audiencia imparcial completando el formulario adjunto y enviándolo por correo a:

Solicitud de audiencia imparcial  
Servicios de salud conductual  
Apartado de correos 13247  
Código Postal 2053  
Austin, TX 78711

También puede enviar el formulario por correo electrónico a [BHS.fairhearingsrequests@hhs.texas.gov](mailto:BHS.fairhearingsrequests@hhs.texas.gov) o por fax al 512-302-2605. Las solicitudes de apelación se pueden hacer por teléfono llamando al 512-490-1177.

RECUERDE: Incluso si no está recibiendo servicios de PermiaCare, siempre puede acceder a los servicios de crisis por teléfono al 1-844-420-3964 o ingresando al Centro de Salud Mental de lunes a viernes, 8-5. Los servicios de crisis están disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede volver a solicitar los servicios, si surge la necesidad, después de que se cierre el caso.

Si tiene preguntas sobre cualquier cosa en esta carta, comuníquese al . Haga clic o toque aquí para ingresar el texto. Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

Sinceramente Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

Esta carta fue enviada por correo certificado, con acuse de recibo el Haz clic o toca para introducir una fecha.

**O**

Esta carta fue entregada en mano como se reconoce por: \_\_\_\_\_. (firma de cliente o LAR)

\_\_\_\_\_  
*Nombre del cliente*

\_\_\_\_\_  
*Número de Medicaid*

\_\_\_\_\_  
*Dirección postal*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad, Estado Código Postal*

### FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

**(No es necesario completar o enviar esta carta a menos que no esté de acuerdo con la decisión tomada por PermiaCare de denegar, cancelar o reducir los servicios)**

**PermiaCare** tomó la siguiente determinación:

**Deseo apelar esta determinación.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente / Representante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Complete lo siguiente solo si tiene la información disponible en el momento en que solicita su audiencia imparcial. Tiene derecho a representación, a su cargo, en cualquier momento durante el proceso de audiencia imparcial.

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Relación

Devuelva este formulario a:

Solicitud de audiencia imparcial  
Servicios de salud conductual  
Apartado de correos 13247  
Código Postal 2053  
Austin, TX 78711