



SOLICITUD DE APELACIÓN A LA DETERMINACIÓN REALIZADA POR EL PROGRAMA MEDICAID

Fecha: _____
Oficina Local: _____
Región: _____
Núm. de Unidad Familiar y/o Solicitud: _____

Luego de haber solicitado los beneficios del Programa Medicaid, y ser evaluado por un técnico del Programa, difiero de la decisión que éste ha tomado en el proceso de evaluación por la siguiente razón:

Solicito una revisión de la evaluación realizada. Entiendo que seré citado para oír mis alegaciones y que de tener documentos adicionales a los presentados en la evaluación los habré de llevar el día y hora de la cita.

Nombre: _____

Dirección: _____

Firma: _____

Original: Oficina de Apelaciones
Copias: Apelante, Oficina Regional, Oficina Local