

14 de octubre de 2010

**AVISO DE
REAJUSTE DEL PLAN DE COSTOS**

I. SU PLAN DE COSTOS SERÁ AJUSTADO (“REAJUSTADO”)

A la Agencia para Personas con Incapacidades (la Agencia o APD) se le requiere por ley, de acuerdo con la Sección 393.0661(6) de los Estatutos de la Florida, ajustar los planes de costos para las personas que reciben servicios de exención de Medicaid -- un proceso que se denomina reajuste. Como resultado, su plan de costos cambiará.

Este cambio se realiza debido a que sus reclamaciones pagadas calculadas por los servicios aprobados en el año fiscal 2008-2009, más el cinco por ciento, fueron menores que su plan de costos anualizado actual. El monto reajustado se calcula de la forma siguiente:

A	Plan de costos actual (anualizado por 12 meses)	\$
B	Reclamaciones pagadas calculadas por servicios aprobados	\$
C	Nuevo monto asignado anualizado por servicios aprobados (línea B más 5%)	\$
D	Reducción mensual promedio	\$

La línea C es el monto anual autorizado por los servicios aprobados después del reajuste y resultará en una reducción mensual promedio como se muestra en la línea D. **Este cambio entrará en vigor el 1ro de noviembre de 2010 y continúa durante los años futuros según corresponda.**

Es posible que haya recibido un aviso de reajuste previo. De ser así, ese aviso ya no aplica. Este es un nuevo aviso que requiere que usted solicite una audiencia si está en desacuerdo y desea objetar a esta decisión de reajuste.

II. PARA OBJETAR A LA DECISIÓN DE REAJUSTE Usted tiene **30 días** a partir de la fecha en que reciba este aviso para solicitar una audiencia. **Si desea continuar con su plan de costos, incluyendo planes de costos futuros, a los montos aprobados actuales, usted tiene 10 días a partir de la fecha en que reciba este aviso para solicitar una audiencia.** El “Aviso de derecho a una audiencia” adjunto proporciona instrucciones sobre la manera de presentar una solicitud de audiencia. Sírvase consultar el “Formulario de solicitud de audiencia” adjunto para solicitar una audiencia para objetar a esta decisión de reajuste.

Si solicita una audiencia dentro de los 10 días de la fecha en que reciba este aviso, su plan de costos y sus planes de costos futuros se mantendrán al nivel actual hasta que se resuelva su objeción. **NO OBSTANTE, si se deniega o se rechaza su objeción, la Agencia buscará recuperar los montos pagados en exceso de su monto reajustado.**

Si usted solicitó una audiencia objetando un aviso de reajuste previo, esa solicitud **no** aplica a este aviso. **Usted debe presentar una objeción a este aviso si está en desacuerdo con esta decisión de reajuste.**

III. COMUNÍQUESE CON SU COORDINADOR DE APOYO DE EXENCIÓN

Su plan de costos debe ser ajustado para cumplir con el monto reajustado, aun cuando tenga pendiente una audiencia de justicia sobre un asunto distinto, tal como o incluyendo, entre otros, una asignación de nivel. Comuníquese inmediatamente con su Coordinador de Apoyo de Exención para hablar de este cambio y cómo afecta su plan de costos. Su Coordinador de Apoyo de Exención puede ayudarle a ajustar sus servicios para cumplir con los requisitos legales.

La Agencia para Personas con Incapacidades está dedicada a proteger su salud y seguridad. Puede encontrar información adicional acerca del reajuste del plan de costos en el sitio Web de la Agencia en <http://apd.myflorida.com>. Puede comunicarse con la oficina de área de APD de su localidad si tiene preguntas o necesita ayuda para comunicarse con su Coordinador de Apoyo de Exención o para completar una solicitud de audiencia después de reunirse con su Coordinador de Apoyo de Exención.

Aviso de derecho a una audiencia

La Legislatura de la Florida requiere que la Agencia para Personas con Incapacidades (APD) reajuste (ajuste) los planes de costos como se describe en la Sección 393.0661 (6) de los Estatutos de la Florida.

Si usted cree que el ajuste de APD de sus planes de costos es incorrecto, podría tener derecho a una audiencia administrativa como se dispone en las Secciones 120.569 y 120.57 de los Estatutos de la Florida o la Sección 431.220 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales.

Si APD determina que usted tiene derecho a una audiencia, puede representarse a sí mismo o usar un abogado, un pariente, un amigo u otro representante en la audiencia sobre este asunto. Si no se representa a sí mismo, se requiere que proporcione, con su solicitud de audiencia, prueba de tutoría u otra prueba escrita de la autoridad de su representante para actuar en su nombre.

La Sección 393.125(1)(d) de los Estatutos de la Florida dispone que usted debe hacer su solicitud para una audiencia a la agencia, por escrito, dentro de los treinta (30) días de la fecha en que recibió este aviso. La solicitud debe ser firmada por usted o por su representante autorizado. Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar la solicitud de audiencia, puede llamar a la oficina de APD de su localidad.

Si solicita una audiencia dentro de los 10 días de la fecha en que reciba este aviso, su plan de costos y sus planes de costos futuros se mantendrán al nivel actual hasta que se resuelva su objeción. **NO OBSTANTE, si se deniega o se rechaza su objeción, la Agencia buscará recuperar los montos pagados en exceso de su monto reajustado.**

Cuando solicite una audiencia respecto al reajuste de su plan de costos, podrá usar el "Formulario de solicitud de audiencia respecto al reajuste de costos", el cual se incluye con este aviso y también se puede obtener de su Coordinador de Apoyo de Exención, en la oficina de área o en nuestro sitio Web. Si elige no usar el formulario de solicitud de audiencia provisto por APD, asegúrese de que su solicitud de audiencia incluya la siguiente información:

1. El nombre, el número de seguro social, la dirección y el número de teléfono de la parte que hace la solicitud y el nombre, la dirección y el número de teléfono del abogado o representante de la parte a quien se deben entregar los documentos y presentaciones;
2. Una declaración de que usted está solicitando una audiencia administrativa;
3. Una lista de los hechos y circunstancias en los que usted se basa para aseverar que existe un error en el ajuste de su plan de costos;
4. Una referencia o una copia de su Aviso de Plan de Costos Reajustado;
5. Una declaración indicando la fecha en que recibió su plan de costos revisado, y

6. Si alguien está haciendo la solicitud de audiencia en su nombre, un documento, tal como una orden nombrando un tutor o una declaración de autorización escrita, estableciendo la autoridad del representante para actuar en su nombre.

Para solicitar una audiencia, debe enviar por correo o entregar su solicitud llena a la oficina de área de APD de su localidad.

Rev. 12/NOV/09

**REAJUSTE (AJUSTE) DEL PLAN DE COSTOS
FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA**

Si ha sido adversamente afectado por el ajuste de su plan de costos que se requiere conforme a la Sección 395.0661(6) de los Estatutos de la Florida, puede solicitar una audiencia de justicia. Puede usar este formulario para hacer la solicitud. Recuerde proporcionar los hechos que muestran cómo APD cometió un error al calcular el ajuste de su plan de costos. **Presente el formulario lleno a su oficina de área de la Agencia para Personas con Incapacidades:**

Nombre del cliente/peticionario:	Nombre del representante:
Dirección:	Dirección:
Ciudad/estado/código postal:	Ciudad/estado/código postal:
Teléfono:	Teléfono:
Número de Seguro Social:	

[SI USA A UN REPRESENTANTE, SÍRVASE PROPORCIONAR UNA AUTORIZACIÓN ESCRITA, ORDEN DE TUTORÍA U OTRA DOCUMENTACIÓN PARA QUE ESTA PERSONA LO REPRESENTE.]

Estoy solicitando una audiencia con respecto al reajuste de APD de mi plan de costos de conformidad con la Sección 393.0661(6) de los Estatutos de la Florida. Recibí un aviso de reajuste de mi plan de costos el _____ de 2010 (indique la fecha en que lo recibí).

APD cometió un error al reducir mi plan de costos debido a que

[AGREGUE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO]

Firmado,

[CLIENTE O REPRESENTANTE]

[FECHA]