

SOLICITUD PARA AUDIENCIA SOBRE PARTE B DE MEDICARE ANTE UN JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO

(La cantidad en disputa debe ser de \$100 o más, QIO (1)—\$200 or más HMO/CMP—\$100 o más)

Lleve o envíe por correo el original y todas las copias a su oficina local del Seguro Social.

VEASE NOTA
SOBRE LA LEY
DE PRIVACIDAD
AL DORSO DE
ESTA FORMA

1. Apelante (La persona apelando la determinación reconsiderada)

2. Beneficiario (Deje en blanco si es usted el apelante)

3. Proveedor, Practicante or Suplidor (Deje en blanco si es usted el apelante)

Dirección

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Ciudad Estado Código Postal

Código de Area/Número de Teléfono

Número de Medicare

4. Compañía de Seguros (u Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) que hizo la determinación de su reclamación de pago a Medicare.)

5. Periodo en cuestión

Desde

Dirección

Hasta

Ciudad Estado Código Postal

6. YO SOLICITO UNA AUDIENCIA ANTE UN JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO. No estoy de acuerdo con la determinación tomada sobre mi reclamación porque

7. Usted tiene el derecho de estar representado en la audiencia. Si no está representado pero le gustaría estarlo, su oficina de Seguro Social le dará una lista de referencias legales y organizaciones de servicios. (Si está representado llene Forma CMS-1696 or SSA-1696.)

8. Marque Solo Uno Quiero asistir en persona. No quiero asistir y solicito que se tome una decisión basada en la evidencia de mi caso. (Llena la Forma de Exención HA-4608.)

9. Marque Solo Uno Tengo evidencia adicional que someter. No tengo evidencia adicional que someter.

10. El apelante debe completar el espacio número 11 y el representante, si alguno, debe completar el número 12. Si no hay un representante presente para firmar, escriba su nombre en letra de molde en el espacio numero 12 si el apelante acompañará al representante a la audiencia. Si No

11. Firma del Solicitante

12. Firma del Representante/Nombre

Dirección

Dirección

Ciudad Estado Código Postal

Ciudad Estado Código Postal

Fecha Código de Area/Número de Telefono ()

Fecha Código de Area/Número de Teléfono ()

PARA COMPLETARSE POR LA ADMINISTRACION DE SEGURO SOCIAL

13. ¿Fue esta solicitud sometida a tiempo? Si No Si se marca "No":

- Incluya la explicación del apelante por la tardanza.
- Incluya cualquier carta, material o información pertinente en poder de la oficina de Seguro Social.

16. ACUSE DE RECIBO DE SOLICITUD PARA AUDIENCIA

Esta solicitud de audiencia se sometió en _____ en _____. El juez de derecho administrativo le notificará la fecha y hora de la audiencia por lo menos 20 días antes la audiencia.

18. COPIA DE OFICINA DE AUDIENCIA A: Código de la oficina de Seguro Social que provee el servicio Oficina de Audiencia _____ (localización)

14. Se necesita intérprete (Lenguaje, incluyendo lenguaje por señas)

15. Solicitante no está representado Lista de referencias legales u organizaciones de servicios fue provista.

17. Por la Administración de Seguro Social

Por _____ (Firma/Título)

(Calle)

(Ciudad/Estado/Código Postal)

19. COPIA ARCHIVO DE RECLAMACION A: Intermediario HMO/CMP QIO Otro

AVISO DE LEY DE CONFIDENCIALIDAD

La recopilación de información en esta forma está autorizada por la Ley de Seguro Social (sección 205(a) del título II, sección 702 del título XVII, secciones 1631(e)(1)(A) y (B) del título XVI secciones 1869(b)(1) y (c) del título XVIII, según apropiado). La información solicitada en esta forma es voluntaria, pero el fallar de proveer toda o cualquier parte de la información puede afectar la determinación de su reclamación. La información que usted someta en esta forma puede ser divulgada por la Administración del Seguro Social a otras personas o agencias gubernamentales solo con respecto a programas del Seguro Social y para cumplir con leyes federales que requieran la divulgación o el intercambio de información entre la Administración del Seguro Social y otras agencias.