DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Office of Medicare Hearings and Appeals

PETICIÓN PARA RETIRAR SOLICITUD DE AUDIENCIA ANTE JUEZ DE JUSTICIA ADMINISTRATIVA (ALJ)

Nombre del Apelante	Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono ( )	Correo electrónico	
Nombre del representante del apelante *(de haberlo)*	Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono ( )	Correo electrónico	
Nombre del Beneficiario *(déjelo en blanco si es el mismo del Apelante)*	Número de Medicare (HIC en inglés)	
Nombre del pr oveedor/suplidor *(déjelo en blanco si es el mismo del Apelante)*	Número de apelación ante ALJ	

Yo, _____, el Apelante, deseo retirar la solicitud para audiencia ante un Juez de Justicia Administrativa que presenté el _____/_____/20____ . No tengo intención de continuar con esta apelación. Entiendo que siempre que ninguna otra parte representante de la determinación de reconsideración o de la decisión de audiencia justa del contratista de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS en inglés) haya presentado una Solicitud de Audiencia ante Juez de Justicia Administrativa válida, al retirar mi solicitud para una audiencia ante un ALJ éste desestimará mi apelación. Entiendo que si el Aviso de Decisión ya se emitió el ALJ no honrará mi solicitud. Deseo retirar mi solicitud para audiencia ante un ALJ porque: (*si necesita más espacio para su explicación utilice otra hoja de papel adicional*).

Firma del Apelante (o su representante)	Fecha

Si es el representante del Apelante quien rellena este formulario, deberá leer y firmar la declaración que sigue:
Tengo autorización legal para representar al Apelante. He cumplido con mi deber de advertir al Apelante las consecuencias de retirar la solicitud para audiencia y las de su desestimación subsiguiente.

Firma del representante	Fecha

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

La Ley de Seguro Social (§ 1155 del Título XI y § 1852(g)(5), 1860D-4(h)(1), 1860(h)(l) y 1876 del Título XVIII) provee la autoridad legal para recolectar la información que se solicita. La información se utilizará para documentar su apelación. Someter la información que se solicita es un acto voluntario, pero no proporcionarla o proporcionar solamente parte de ella podría afectar la determinación de su apelación. La Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare podría divulgar esta información a otra persona u organismo gubernamental pero únicamente en lo relativo al Programa Medicare y para cumplir con las leyes federales de divulgación de información o el intercambio de información entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos y otros organismos.