



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare

RESPUESTA A LA NOTIFICACIÓN DE AUDIENCIA

Instrucciones: Complete las secciones 2 a la 8 que se muestran a continuación, según corresponda, y envíe este formulario al Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) asignado **dentro de los 5 días de haber recibido la notificación de la audiencia.** Para las audiencias aceleradas de la Parte D, comuníquese con el ALJ al número de teléfono que se encuentra en la parte superior de la notificación de la audiencia o complete y envíe este formulario al ALJ **dentro de los 2 días de haber recibido la notificación de la audiencia.** La dirección postal y el número de fax del remitente se encuentran en la parte superior de la notificación de la audiencia. No necesita incluir la notificación de la audiencia con su respuesta.

Por favor tenga en cuenta que solo una parte en la audiencia puede llamar a testigos; impugnar la hora, lugar o tipo de audiencia; impugnar la declaración de asuntos que se decidirán en la audiencia; o impugnar al ALJ asignado (secciones 4 a la 6 de abajo). Los participantes que no son parte no están autorizados a llamar testigos y no pueden presentar objeciones.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE LA AUDIENCIA [PARA SER COMPLETADO POR LA OFICINA DE AUDIENCIAS Y APELACIONES DE MEDICARE.]

NÚMERO DE APELACIÓN DE LA OMHA		APELANTE	
TIPO DE AUDIENCIA <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Video - Teleconferencia (VTC) <input type="checkbox"/> En Persona		ALJ ASIGNADO	
DÍA DE LA SEMANA DE LA AUDIENCIA	FECHA DE LA AUDIENCIA (mm/dd/aaaa)	HORA DE LA AUDIENCIA (00:00)	
NÚMERO TELEFÓNICO DE LLAMADA A LA AUDIENCIA (si corresponde)		CÓDIGO DE ACCESO O CÓDIGO DE COLABORACIÓN (para audiencia telefónica)	
VTC O DIRECCIÓN DE LA AUDIENCIA EN PERSONA (si corresponde)		CIUDAD	ESTADO
			CÓDIGO POSTAL

SECCIÓN 2: ¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN DE LA PARTE QUE RESPONDE O DEL PARTICIPANTE? (Información del representante en la siguiente sección)

NOMBRE (Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)		FIRMA U ORGANIZACIÓN (si procede)		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Si el demandado es una entidad u organización, enumere todas las personas que planean asistir a la audiencia y la capacidad en que asisten (adjunte una hoja de continuación si es necesario):

SECCIÓN 3: ¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE? (Omita a si no tiene un representante)

NOMBRE		FIRMA U ORGANIZACIÓN (si corresponde)		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL

SECCIÓN 4: ¿ESTARÁ PRESENTE EN LA HORA Y LUGAR QUE SE MUESTRA ARRIBA? (Marque uno)

- ☐ **Estaré presente en la hora y el lugar que aparecen en la notificación de la audiencia.** Si surge una emergencia después de enviar esta respuesta y no puedo estar presente, notificaré al ALJ al número de teléfono que aparece en la parte superior del aviso de la audiencia tan pronto como sea posible.
- ☐ **No puedo estar presente en la hora y lugar que aparecen en la notificación de la audiencia y me gustaría solicitar que se re programe mi audiencia.** Entiendo que el ALJ tiene la discreción de cambiar la hora y el lugar de la audiencia siempre que mi explicación para mi solicitud de reprogramación cumpla con el estándar de buena causa para cambiar la hora y el lugar de la audiencia. (Por ejemplo, se puede encontrar una buena causa motivado a una incapacidad para asistir a la audiencia debido a una condición física o mental grave, lesiones incapacitantes o fallecimiento en la familia o si condiciones climáticas severas hacen imposible viajar a la audiencia. Ver 42 C.F.R.

(Continúa en la siguiente página)

secciones 405.1020(f) y (g), y 42 C.F.R. secciones 423.2020(f) y (g) para circunstancias adicionales que puedan establecer buena causa.) Entiendo que si soy el apelante y la audiencia se aplaza a mi solicitud, el tiempo entre la fecha de la audiencia originalmente programada y la nueva fecha de la audiencia no se cuenta para ningún período de adjudicación aplicable.

Me gustaría reprogramar mi audiencia para la siguiente fecha y hora, y tengo una buena razón para reprogramar mi audiencia porque:

- ☐ **Quiero renunciar a mi derecho a comparecer en la audiencia ante el ALJ.** (Por favor complete el formulario OMHA-104 y adjúntelo a esta respuesta)

SECCIÓN 5: ¿TIENE LA INTENCIÓN DE LLAMAR A ALGÚN TESTIGO PARA PROPORCIONAR TESTIMONIO EN LA AUDIENCIA?

- ☐ No.
- ☐ Sí, pretendo llamar a los siguientes testigos (*adjunte una hoja de continuación si es necesario*):

SECCIÓN 6: ¿OBJETA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (*Marque todas las que correspondan*)

- ☐ **Objeto el tipo de audiencia programada.** Si usted es un beneficiario no representado o afiliado, y se programa una audiencia telefónica, tiene derecho a solicitar que se realice una audiencia de VTC si la tecnología de VTC está disponible. Para todas las demás partes, si se programa una audiencia telefónica, el ALJ puede encontrar una buena razón para una comparecencia de VTC si determina que VTC es necesario para examinar los hechos o asuntos involucrados en la apelación.

Si se programa una audiencia por teléfono o VTC y la parte, incluido un beneficiario o afiliado no representado, solicita que se realice una audiencia en persona, el ALJ, con el acuerdo del ALJ Jefe o su designado, puede encontrar una buena causa para una audiencia en persona si no se dispone de tecnología de VTC o telefónica, o si existen circunstancias especiales o extraordinarias.

Objeto el tipo de audiencia programada y solicito un (marque una) ☐ VTC o ☐ audiencia en persona porque:

Nota: No se requiere explicación si usted es un beneficiario no representado o un afiliado que solicita una audiencia de VTC.

- ☐ **Objeto las cuestiones descritas en la notificación de la audiencia.** Entiendo que debo enviar una copia de mi objeción a los problemas a todas las otras partes que recibieron una copia de la notificación de la audiencia, y a CMS o un contratista de CMS que eligió ser parte en la audiencia (Si no tiene estas direcciones, comuníquese con el equipo de adjudicación del ALJ al número de teléfono que se muestra en el membrete de la notificación de la audiencia). Entiendo que el ALJ tomará una decisión sobre mi objeción ya sea por escrito, en una conferencia previa a la audiencia o en la audiencia.

Objeto las cuestiones descritas en la notificación de la audiencia porque:

- ☐ **Objeto al ALJ asignado a mi apelación.** Entiendo que un ALJ no puede adjudicar una apelación si tiene prejuicios o es parcial con respecto a cualquiera de las partes o tiene un interés en el asunto pendiente de decisión, y que puedo objetar al ALJ asignado a mi apelación por estos motivos. Entiendo que el ALJ considerará mi objeción y decidirá si proceder con la apelación o retirarla. Entiendo que si objeto al ALJ asignado a mi apelación, y el ALJ se retira posteriormente de la apelación, se asignará otro ALJ, y cualquier plazo de adjudicación aplicable se extenderá en 14 días calendario.

Objeto al ALJ asignado porque:

SECCIÓN 7: SI USTED ES EL APELANTE, ¿DESEA RENUNCIAR O EXTENDER EL PLAZO PARA DECIDIR SU APELACIÓN? (*Si es así, marque uno*)

- ☐ **Deseo renunciar al plazo para que el ALJ decida mi apelación.** Entiendo que al renunciar a este plazo, el ALJ no tiene que decidir mi apelación dentro de un período de adjudicación aplicable que de lo contrario se aplicaría.
- ☐ **Deseo extender el plazo para que el ALJ decida mi apelación.** Deseo que se extienda el plazo _____ días calendario más allá de cualquier período de adjudicación aplicable.

SECCIÓN 8: FIRME Y FECHÉ ESTE FORMULARIO.

FIRMA DE LA PARTE, PARTICIPANTE O REPRESENTANTE

FECHA (mm/dd/aaaa)

(Continúa en la siguiente página)

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

La autoridad legal para la recopilación de información en este formulario está autorizada por la Ley de Seguridad Social (sección 1155 del Título XI y secciones 1852(g)(5), 1860D-4(h)(1), 1869(b)(1), y 1876 del Título XVIII). La información proporcionada se utilizará para documentar su apelación. El envío de la información solicitada en este formulario es voluntario, pero el hecho de no proporcionar toda o parte de la información solicitada puede afectar la determinación de su apelación. La información que proporcione en este formulario puede ser divulgada por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare a otra persona o agencia gubernamental solo con respecto al Programa de Medicare y para cumplir con las leyes Federales que requieren la divulgación de información o el intercambio de información entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos y otras agencias.

Si necesita letra grande o asistencia, llame al 1-855-556-8475