



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

**SOLICITUD DE EXTENSIÓN DE TIEMPO PARA PRESENTAR
UNA SOLICITUD DE AUDIENCIA ANTE EL JUEZ DE DERECHO
ADMINISTRATIVO (ALJ, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)
O REVISIÓN DE LA REVOCACIÓN**

Instrucciones: Si presenta su solicitud de audiencia ante el Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o revisión de una revocación (formulario OMHA-100) ante la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés) con más de 60 días calendario después de recibir la notificación de reconsideración/determinación reconsiderada o revocación que usted está apelando, puede solicitar una extensión por una buena causa.

Para solicitar una extensión y establecer una buena causa para su solicitud tardía, complete este formulario y envíelo junto con su solicitud de una audiencia ante el ALJ o una revisión de una revocación a la dirección identificada en las instrucciones de apelación que vinieron con la notificación de reconsideración/determinación reconsiderada o revocación que usted está apelando.

Los inscritos en la Parte D que solicitan una audiencia acelerada pueden hacer una solicitud oral para una extensión de tiempo— vea las instrucciones de apelación que venían con su notificación de reconsideración o revocación de la Parte D.

Un ALJ o abogado adjudicador evaluará sus razones para presentar su solicitud de una audiencia ante el ALJ o una revisión de una revocación tardía, utilizando los estándares establecidos en 42 C.F.R. sección 405.942(b)(2) y (b)(3). Un ALJ o abogado adjudicador tiene la discreción de encontrar una buena causa para su solicitud tardía de una audiencia ante el ALJ o una solicitud tardía de revisión de una revocación, o encontrar que no presentó una buena causa para su solicitud de revisión tardía de una revocación; pero solo un ALJ tiene la discreción de encontrar que usted no presentó una buena causa para su solicitud tardía de una audiencia ante el ALJ.

SECCIÓN 1: ¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN DE LA PARTE? *(Información del representante en la siguiente sección)*

NOMBRE <i>(Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)</i>	FIRMA U ORGANIZACIÓN <i>(si procede)</i>	NÚMERO DE TELÉFONO
---	--	--------------------

SECCIÓN 2: ¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE? *(Omítala si no tiene un representante)*

NOMBRE	FIRMA U ORGANIZACIÓN <i>(si procede)</i>	NÚMERO DE TELÉFONO
--------	--	--------------------

SECCIÓN 3: EXPLIQUE POR QUÉ SU SOLICITUD DE UNA AUDIENCIA ANTE EL ALJ O LA REVISIÓN DE UNA REVOCACIÓN NO SE PRESENTÓ DENTRO DE LOS 60 DÍAS CALENDARIO DESPUÉS DE RECIBIR LA NOTIFICACIÓN DE RECONSIDERACIÓN/DETERMINACIÓN RECONSIDERADA O REVOCACIÓN:

SECCIÓN 4: FIRME Y FECHA ESTE FORMULARIO.

FIRMA DE LA PARTE O REPRESENTANTE	FECHA <i>(mm/dd/aaaa)</i>
-----------------------------------	---------------------------

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