



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

**RETIRO DE LA SOLICITUD DE AUDIENCIA DEL
JUEZ DE DERECHO ADMINISTRATIVO (ALJ, POR SUS
SIGLAS EN INGLÉS) O REVISIÓN DE LA REVOCACIÓN**

Instrucciones: Si anteriormente presentó una solicitud de audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o una solicitud de revisión de una revocación, pero ahora ha cambiado de opinión y no desea continuar con la apelación, puede retirar su solicitud si aún no se ha emitido una decisión u otra orden de disposición por parte de un ALJ o de un abogado adjudicador.

Complete este formulario y envíelo al adjudicador de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés) asignado (visite www.hhs.gov/omha y use la herramienta de búsqueda de estado de apelación para encontrar su adjudicador asignado). Si aún no se ha asignado un adjudicador, envíe este formulario a Operaciones Centrales de la OMHA, Atención: Withdrawal Mail Stop (visite www.hhs.gov/omha o llame al número que se encuentra en la parte inferior de este formulario para obtener la dirección postal completa).

Por favor tenga en cuenta que incluso si presenta un retiro de solicitud para una audiencia del ALJ o una solicitud de revisión de una revocación, una apelación puede continuar con respecto a cualquier otra parte que haya presentado una solicitud de audiencia válida o una solicitud de revisión con respecto a la(s) misma(s) reclamación(es) o asunto disputado.

(Continúa en la siguiente página)

SECCIÓN 1: ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE APELACIÓN DE LA OMHA O EL NÚMERO DE RECONSIDERACIÓN *(apelación de Medicare o número del caso)?*

NÚMERO DE APELACIÓN DE LA
OMHA *(si se conoce)*

NÚMERO DE RECONSIDERACIÓN *(si el
número de apelación de la OMHA no se conoce)*

SECCIÓN 2: ¿CUÁL ES LA INFORMACIÓN PARA LA PARTE QUE RETIRA LA SOLICITUD DE AUDIENCIA O LA SOLICITUD DE REVISIÓN? *(Información del representante en la siguiente sección)*

NOMBRE *(Primer Nombre, Inicial
del Segundo Nombre, Apellido)*

FIRMA U ORGANIZACIÓN
(si procede)

NÚMERO DE TELÉFONO

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

NOMBRE

FIRMA U ORGANIZACIÓN
(si procede)

NÚMERO DE TELÉFONO

(Continúa en la siguiente página)

SECCIÓN 4: RECONOCIMIENTO DE LO SIGUIENTE FIRMANDO Y FECHANDO ESTE FORMULARIO:

- ☐ Soy la parte que solicitó una audiencia ante el ALJ o solicitó una revisión de la revocación. Deseo retirar mi solicitud de audiencia o solicitud de revisión, y no tengo la intención de continuar con mi apelación. Entiendo que al presentar esta solicitud de retiro, mi apelación será rechazada por un ALJ o por un abogado adjudicador, si ninguna otra parte presentó una solicitud válida de audiencia o solicitud de revisión de una revocación por la misma decisión de menor nivel o revocación. Entiendo que si mi apelación ya fue asignada a un ALJ o abogado adjudicador, el ALJ o el abogado adjudicador no honrarán mi retiro si ya se ha emitido una decisión u otra orden dispositiva.
- ☐ Estoy legalmente autorizado para representar a la parte que solicitó la audiencia ante el ALJ o la revisión de la solicitud de revocación y cumplí con mi deber de notificar a la parte las consecuencias de presentar este retiro y la posterior revocación.

FIRMA DE LA PARTE 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 asistencia, llame al 1-855-556-8475