

FORMULARIO DE AUDIENCIA ESTATAL IMPARCIAL DEL DHHS DE NEBRASKA

Nombre del afiliado (*letra de molde*): _____

Número de identificación del afiliado (*letra de molde*): _____

Dirección del afiliado (*letra de molde*): _____

Deseo apelar la decisión tomada por Nebraska Total Care sobre mi caso porque:

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde del representante autorizado:

Dirección del representante autorizado si es diferente a la de arriba:

Teléfono: (_____) _____

Número de Seguro Social: _____

Nombre, dirección y número telefónico de su representante autorizado para la audiencia, si hay alguno:

Envíe por correo el formulario completo a:

MLTC Appeal Coordinator
PO Box 94967
Lincoln, NE 68509-4967
Fax: (402) 742-1198

El sello de la oficina postal que muestra la fecha en que envió su apelación será la fecha de su solicitud de apelación.

****INCLUYA SU CARTA DE AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE
BENEFICIOS CON ESTE FORMULARIO****