



# 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\*\***