

# PARKLAND HEALTHFIRST STATE FAIR HEARING FORM

**\*Please call Parkland Community Health Plan and ask to speak with the Member Advocate if you have questions about how to fill out this form.**

If you disagree with an Appeal decision from Parkland Community Health Plan, you have the right to request a State Fair Hearing by the Texas Health and Human Services Commission (HHSC). You can also request, in writing, to have someone to represent you and act on your behalf. You have **120 days** to request a State Fair Hearing. The 120 days starts from the date of the appeal decision letter you received from Parkland Community Health Plan. If you do not request a State Fair Hearing within the 120 days, you may lose your right to it.

If you would like to request a State Fair Hearing, please call at **1-888-672-2277** (toll-free) or write to us at the below address. A person acting on your behalf can also make this request:

**Parkland Community Health Plan  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 560347  
Dallas, TX 75356**

While the State Fair Hearing is pending, you have the right to continue any care or service you are now receiving and appealing. The care or service will last until the final State Fair Hearing decision. You must make this request within **10 working days** from the date you received the appeal results from Parkland Community Health Plan. If you do not make the request within this time frame, the care or service being appealed will end on the scheduled date.

Information on the date, time, and location of the State Fair Hearing will be mailed to you from HHSC. Most hearings are held by telephone. At the State Fair Hearing, you (or a person acting on your behalf) can tell why you asked for the service or care you are appealing. You will get the State Fair Hearing results from HHSC within **90 days** from the date you asked for the hearing.

Please complete, sign, and return the below if you would like to request a State Fair Hearing.

✂-----

Parkland HEALTHfirst Member Name: \_\_\_\_\_

Member Address: \_\_\_\_\_

Member Phone #: \_\_\_\_\_ Member Medicaid ID: \_\_\_\_\_

Service Denied: \_\_\_\_\_ Date Service Denied: \_\_\_\_\_

**Yes, I would like to request a State Fair Hearing with the Texas Health and Human Services Commission (HHSC). I have attached a copy of the denial notification letter.**

\_\_\_\_\_  
Signature of Member

\_\_\_\_\_  
Date

# FORMULARIO DE AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO DE PARKLAND HEALTHFIRST

**\*Comuníquese con Parkland Community Health Plan y solicite hablar con el defensor de miembros si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario.**

Si no está de acuerdo con una decisión de apelación por parte de Parkland Community Health Plan, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. También puede solicitar, por escrito, que alguien lo represente y actúe en su nombre. Tiene **120 días** para solicitar una audiencia imparcial del estado. Los 120 días comienzan a partir de la fecha que figura en la carta de decisión de apelación que recibió de Parkland Community Health Plan. Si no la solicita dentro de los 120 días, puede perder su derecho a hacerlo.

Si desea solicitar una audiencia imparcial del estado, llame gratis al **1-888-672-2277** o escríbanos a la siguiente dirección. Una persona que actúe en su nombre también puede realizar esta solicitud:

**Parkland Community Health Plan  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 560347  
Dallas, TX 75356**

Mientras la audiencia imparcial del estado esté pendiente, tendrá derecho a continuar con cualquier atención o servicio que reciba en ese momento y esté apelando. La atención o el servicio durarán hasta la decisión final de la audiencia imparcial del estado. Debe presentar esta solicitud dentro de **10 días hábiles** a partir de la fecha en la que recibió los resultados de la apelación por parte de Parkland Community Health Plan. Si no la presenta dentro de este período, la atención o el servicio que se apelen finalizarán en la fecha programada.

La HHSC le enviará por correo la información sobre la fecha, la hora y el lugar de la audiencia imparcial del estado. La mayoría se llevan a cabo por teléfono. Durante la audiencia imparcial del estado, usted (o una persona que actúe en su nombre) puede informar por qué solicitó el servicio o la atención que está apelando. Recibirá los resultados de dicha audiencia por parte de la HHSC dentro de **90 días** a partir de la fecha en que la solicitó.

Si desea solicitar una audiencia imparcial del estado, complete, firme y devuelva la sección de abajo.

✂-----

Nombre del miembro de Parkland HEALTHfirst: \_\_\_\_\_

Dirección del miembro: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del miembro: \_\_\_\_\_ Identificación de Medicaid del miembro: \_\_\_\_\_

Servicio denegado: \_\_\_\_\_ Fecha del servicio denegado: \_\_\_\_\_

**Sí, me gustaría solicitar una audiencia imparcial del estado ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. Adjunté una copia de la carta de notificación de la denegación.**

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha