



Programa de atención comunitaria del Departamento de Adultos Mayores de Illinois Notificación de apelación al Departamento de Adultos Mayores

¿Necesita ayuda para completar este formulario? Comuníquese con la Línea de ayuda para adultos mayores del Departamento de Adultos Mayores al 1-800-252-8966; 711 (TRS)

Utilice este formulario para presentar una apelación. **ÚNICAMENTE** si cree que alguien ha tomado una decisión incorrecta sobre su caso, o no ha procesado correctamente su solicitud de servicios. Si decide apelar, debe presentar la apelación por escrito, pero puede notificar al Departamento de Adultos Mayores de Illinois (IDoA, por sus siglas en inglés) llamando al 1-800-252-8966.

Los formularios completados electrónicamente pueden enviarse por correo electrónico a Aging.CCPParticipantAppeals@Illinois.gov, o pueden imprimirse y enviarse por correo a: Appeals Section
Illinois Department on Aging
One Natural Resources Way, Suite 100
Springfield, Illinois 62702-1271

IMPORTANTE: Si ha estado recibiendo servicios y apela completando y enviando este Aviso de Apelación al IDoA dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la fecha del Plan de Atención Centrado en la Persona, los servicios podrán continuar al nivel anterior hasta que se tome una decisión final.

SOLO PARA USO INTERNO

Solicitante; Estado inactivo Solicitante; Estado provisional Participante; Estado activo

1. Nombre del apelante (solicitante o participante):			Teléfono:	
Dirección:			Número de seguro social:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
2. Representante autorizado del apelante:			Teléfono:	
Dirección:			Parentesco:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:		
3. Apelo una decisión o acción/omisión relacionada con mi caso. El motivo de esta apelación es que mi(s) servicio(s) del Programa de Atención Comunitaria ha(n) sido (como se indica en el Formulario de IPlan de Atención Centrado en la Persona (PCPOC, por sus siglas en inglés)):				
Aprobado	Disminuido	Aumentado	Permanece igual	
Denegado	Finalizado	Aumentado temporalmente	Restablecido	
Comentarios adicionales:				
4. La Unidad de Coordinación de Atención indicada en el Formulario PCPOC que se está apelando es:				
5. La fecha del Formulario PCPOC con respecto a una decisión o acción/omisión que se está apelando es: (ver Formulario PCPOC):				
6. He estado recibiendo servicios del Programa de Atención Comunitaria de la(s) siguiente(s) agencia(s) proveedora(s):				
7. Firma del apelante/representante autorizado del apelante:			Fecha:	