Guía para el debido proceso de Servicios para Niños de California

Por Alicia Emanuel, Anuja Kumaria, Anna Leach-Proffer, Sydney Louie, Alexis Robles-Fradet, and Skyler Rosellini

Tabla de contenido

I. Antecedentes 2
A. Introducción al debido proceso de Medicaid 2
B. Programa de CCS....3
i. Autorizaciones de servicio....6
a. Equipo médico duradero (DME) 6
b. Atención privada de enfermería 6
II. Reglas para los avisos del programa de CCS 6
A. Elegibilidad....7
B. Servicios 7
C. No se requieren avisos en todas las situaciones en el programa de CCS 7
D. Requisitos del aviso para los beneficiarios de CCS con Medi-Cal....8
III. Derecho a presentar una queja ante el programa de CCS 9
IV. Apelaciones y audiencias 12
A. ¿Debe un beneficiario de CCS sin Medi-Cal presentar una apelación? 13
B. Proceso de apelación de CCS para beneficiarios sin Medi-Cal 14
i. Apelación de primer nivel 14
ii. Cómo solicitar una apelación de primer nivel 15
iii. Solicitud de ayuda pagada pendiente 15
iv. Audiencia estatal imparcial de CCS....16
v. Cómo solicitar una audiencia justa imparcial 18
C. Proceso de apelación para beneficiarios de CCS con Medi-Cal....19

i. Beneficiario de CCS con Medi-Cal de pago por servicios 20
ii. Beneficiario de CCS con atención administrada por Medi-Cal en un condado que cuente con el Modelo de atención integral del niño 20
iii. Beneficiario de CCS con atención administrada por Medi-Cal en un condado clásico 21
iv. Ayuda pagada pendiente 21
D. Preparación para una Audiencia estatal imparcial: 22
i. Cómo prepararse para la Audiencia estatal imparcial 23
ii. Qué esperar en la Audiencia estatal imparcial 25
iii. Qué esperar después de la Audiencia estatal imparcial 25
iv. Cómo obtener ayuda con el proceso de apelación 26
Anexo A 27

Este guía está destinado a ayudar a los beneficiarios de Servicios para Niños de California (CCS, por sus siglas en inglés) y sus familias a navegar a través de las quejas y apelaciones del programa de CCS. La Guía proporciona orientación y mejores prácticas sobre el proceso de quejas y apelaciones para que los lectores puedan entender cómo obtener atención a través del programa de CCS. La guía incluye las leyes, reglamentos y directrices de política aplicables, así como diagramas de flujo para ayudar a explicar el proceso y un índice de siglas a los que se hace referencia en la guía en el Anexo A.

I. Antecedentes

A. Introducción al debido proceso de Medicaid

Servicios para Niños de California (CCS, por sus siglas en inglés) puede ser un programa complejo de entender porque las reglas a menudo dependen de cómo el beneficiario recibe los servicios de CCS y el condado en el que vive el beneficiario de CCS. Aproximadamente el 90% de los niños que están en el programa de CCS también tienen Medi-Cal, que corresponde al programa Medicaid de California. Por lo tanto, los beneficiarios de CCS tienen que entender la manera en la que las reglas de CCS y Medi-Cal coinciden. Este guía explicará con más profundidad qué reglas se aplican a los

beneficiarios de CCS únicamente y cuáles se aplican a los beneficiarios de CCS con Medi-Cal.[1]

Los niños inscritos en CCS tienen muchos derechos legales, incluido el derecho a apelar una decisión. Específicamente, si un beneficiario de CCS experimenta un retraso, denegación, reducción o interrupción de los servicios, u otros problemas con su elegibilidad y beneficios de CCS, los beneficiarios de CCS deben recibir un aviso por escrito antes de experimentar un retraso, denegación, reducción o interrupción de los servicios, u otros problemas con su elegibilidad y beneficios de CCS.[2]

Dado que la mayoría de los niños del programa de CCS también tienen cobertura de Medi-Cal, también están protegidos por los derechos de apelación de Medi-Cal, o los derechos de "debido proceso" de Medi-Cal. Los derechos de apelación de Medi-Cal están separados de los derechos de apelación de CCS. Algunas de las protecciones más importantes de Medi-Cal son el derecho a recibir un aviso por escrito antes de que los beneficios sean denegados, suspendidos o reducidos, y además, el derecho a solicitar una apelación para una Audiencia estatal imparcial.[3] El derecho de los miembros de Medi-Cal a recibir beneficios está protegido por la Cláusula de Debido Proceso de la Constitución de los Estados Unidos.

B. Programa de CCS

Servicios para Niños de California es un programa estatal para niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica. En el programa de CCS, los niños y jóvenes de hasta 21 años de edad con ciertas afecciones de salud pueden recibir servicios de diagnóstico y tratamiento, coordinación de servicios médicos y servicios de terapia ocupacional y fisioterapia.[4] Asimismo, pueden recibir servicios de terapia médica que se ofrecen en las

---

[1] Dep't of Health Care Srvs, California Children's Services Program Enrollment Data, **https://www.dhcs.ca.gov/ services/ccs/Pages/EnrollmentData.aspx**.
[2] 22 CCR § 42132, 22 CCR § 42140, 42160, 42180; Dep't of Health Care Srvs, CCS Numbered Letter 04-0424, CCS Program Appeals and State Hearing Process (June 3, 2024), **https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/ Documents/CCS-NL-04-0424.pdf**.
[3] U.S. Const. amend. XIV, § 1; *see Goldberg v. Kelly*, 397 U.S. 254, 266 (1970) la cual explica que los derechos a beneficios de los miembros de Medicaid están protegidos por la cláusula de Debido proceso de la Constitución de los Estados Unidos.; *see also* 42 C.F.R. §§ 431.200-431.250; 42 C.F.R. §§ 438.400-438.424.
[4] Cal. Health & Safety Code § 123800 et seq. (enabling legislation); Cal. Welf. & Inst. Code § 14094 et seq.; 22 CCR § 51013.

escuelas públicas a través del Programa de terapia médica (MTP). Algunos ejemplos de afecciones elegibles para CCS son la fibrosis quística, hemofilia, parálisis cerebral, cardiopatía, cáncer, lesiones traumáticas y más.[5] El programa de CCS cubre:

- Visitas médicas
- Hospitalizaciones
- Cirugía
- Terapia ocupacional y fisioterapia
- Pruebas de laboratorio
- Radiografías
- Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y aparatos ortopédicos

La elegibilidad para el programa de CCS depende principalmente de si se tiene un diagnóstico de una afección elegible para CCS. Los niños también deben ser residentes de California, el ingreso anual de su familia debe ser inferior a $40,000. Si el ingreso de una familia es superior a $40,000, su hijo aún puede ser elegible para el programa de CCS si se aplica cualquiera de las siguientes situaciones:

- El niño tiene Medi-Cal completo.
- Los gastos médicos de bolsillo de la familia para el niño son más del 20% del ingreso bruto ajustado de la familia.
- La familia solo quiere servicios de MTP para su hijo.
- El niño necesita ver a un médico para determinar si su afección es elegible para CCS.
- La familia adoptó al niño con una afección médica conocida que lo hizo elegible para CCS.

Una vez inscrito, la forma en que un niño recibe servicios a través de CCS depende de si vive en un condado que cuente con el Modelo de atención integral del niño (WCM, por sus siglas en inglés) o no.[6] Si el niño vive en un condado con el WCM y tiene Medi-Cal, un plan de salud

---

[5] Dep't of Health Care Srvs, California Children's Services Brochure, **https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/publications/Documents/CMS/pub4.pdf**; *see also* Cal. Health & Safety Code § 123870.

[6] Los servicios y suministros de equipo médico duradero [DME, por sus siglas en inglés] deben ser determinados como "médicamente necesarios" y recetados por un médico integrante de CCS, especializado en la atención que un beneficiario de CCS necesita. La necesidad de servicios y suministros de DME puede ser identificada por otros proveedores, como los proveedores escolares, centros regionales o proveedores del Programa de terapia médica

llamado Plan de atención administrada por Medi-Cal (MCP, por sus siglas en inglés) es responsable de autorizar los servicios elegibles para CCS, de la coordinación de servicios y más.[7] En los condados que no cuentan con el WCM, o "condados clásicos", el programa de CCS del condado es responsable de estas tareas. El beneficiario de CCS tendrá un coordinador de servicios a través del programa de CCS del condado o el MCP de Medi-Cal.[8]

Dentro de CCS, el Programa de terapia médica (MTP, por sus siglas en inglés) es un programa especial que proporciona fisioterapia (PT, por sus siglas en inglés), terapia ocupacional (OT, por sus siglas en inglés), y servicios de conferencias de terapia médica (MTC, por sus siglas en inglés) para niños con afecciones incapacitantes como trastornos neurológicos o musculoesqueléticos. Los servicios de MTP también pueden proporcionar servicios de fisioterapia y terapia ocupacional a través de telesalud como alternativa a las visitas en persona, según corresponda y según lo que ordene la MTC. Si un niño está recibiendo servicios del MTP, debe tener una evaluación anual en persona a cargo de un médico integrante de CCS. Se requiere tener un informe médico actual en los expedientes para recibir los servicios del MTP. El MTP se proporciona en colaboración con los departamentos de salud del condado, el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, por sus siglas en inglés) y los socios locales de educación.[9]

A fin de que los servicios elegibles para CCS estén cubiertos por CCS, deben ser aprobados mediante una autorización de servicio o tratamiento. Una Solicitud de autorización de servicios (SAR, por sus siglas en inglés) es una solicitud que envía un proveedor al programa de CCS para obtener servicios aprobados y pagados. Una vez presentada, la SAR pasa por el proceso de aprobación de CCS. Este proceso de la SAR se aplica a los beneficiarios de CCS que no tengan Medi-Cal, así como a los beneficiarios de CCS con Medi-Cal que viven en condados que no cuentan con el Modelo de atención integral del niño (WCM, por sus siglas en inglés). Por el

---

(MTP, por sus siglas en inglés). Si estos proveedores no son médicos integrantes de CCS, deben presentar una derivación al programa de CCS del beneficiario antes de presentar una Solicitud de autorización de servicio (SAR, por sus siglas en inglés).

[7] Dep't of Health Care Srvs, CCS NL 12-1223, California Children's Services Program Whole Child Model (Revised) (Dec. 27, 2023), **https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Documents/CCS-NL-12-1223.pdf**

[8] Dep't of Health Care Srvs, California Children's Services Brochure, **https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/publications/Documents/CMS/pub4.pdf**.

[9] Dep't of Health Care Srvs, Medical Therapy Program, **https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/MTP.aspx**.

contrario, si el beneficiario vive en un condado que cuenta con el WCM, el proveedor integrante de CCS debe presentar una Solicitud de autorización de tratamiento (TAR, por sus siglas en inglés) al MCP. La única diferencia entre una SAR y una TAR es que la SAR se aplica al programa de CCS y la TAR se aplica al programa Medi-Cal. El MCP debe aprobar los servicios que son médicamente necesarios y que cumplen con los estándares del programa de CCS.

i. Autorizaciones de servicio

a. Equipo médico duradero (DME)

Los servicios y suministros de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) deben ser determinados como "médicamente necesarios" y recetados por un médico integrante de CCS, especializado en la atención que un beneficiario de CCS necesita. La necesidad de servicios y suministros de DME puede ser identificada por otros proveedores, como los proveedores escolares, centros regionales o proveedores del Programa de terapia médica (MTP, por sus siglas en inglés). Si estos proveedores no son médicos integrantes de CCS, deben presentar una derivación al programa de CCS del beneficiario antes de presentar una Solicitud de autorización de servicio (SAR, por sus siglas en inglés).[10]

b. Atención privada de enfermería

La Atención privada de enfermería (PDN, por sus siglas en inglés) está cubierta cuando es necesario para tratar la afección elegible para CCS de un beneficiario. Las Agencias de atención médica domiciliaria desarrollan un plan de atención que debe ser firmado por un médico integrante de CCS. Luego éste presenta el plan de atención al condado o al servicio del MCP de Medi-Cal para la aprobación de una SAR.

II. Reglas para los avisos del programa de CCS

Los niños inscritos en el programa de CCS tienen derecho a recibir un aviso por escrito, llamado Aviso de acción (NOA, por sus siglas en inglés), cuando el programa de CCS toma ciertas medidas sobre su elegibilidad, servicios o suministros. Un NOA debe ser por escrito,

[10] National Health Law Program, Helping Families Obtain Durable Medical Equipment and Supplies through The California Children's Services (CCS) Program (2021), https://healthlaw.org/wp-content/uploads/2021/08/2021- CCS-DME-Issue-Brief_8.6.2021-updated.pdf

explicar por qué el programa de CCS está tomando la medida, indicar la regla o ley que apoya la medida que están tomando, y proporcionar información sobre el derecho del beneficiario de CCS a apelar.[11] Las normas relativas a los avisos difieren según la forma en que el beneficiario reciba los servicios del programa de CCS y el tipo de medida que se ha tomado, por lo que es importante estar al tanto de estas complicadas reglas.

A. Elegibilidad

Si a un beneficiario de CCS se le deniega o interrumpe el programa de CCS, CCS debe enviar al beneficiario y a su familia un aviso por escrito **al menos siete (7) días** antes de que tenga lugar la medida.[12] Sin embargo, para los beneficiarios de CCS con Medi-Cal, CCS debe enviar un aviso por escrito **al menos diez (10) días** antes de que tenga lugar la medida. También se requiere un aviso por escrito cuando se aumenta la cantidad de la cuota de inscripción anual de una familia. (**Nota:** A los beneficiarios con Medi-Cal de alcance completo no se les cobra una cuota de inscripción, independientemente de los ingresos familiares).

B. Servicios

Los beneficiarios de CCS también tienen derechos a un aviso y apelación cuando se toman medidas negativas con respecto a sus beneficios de CCS, como tratamiento, servicios o suministros. Una "medida negativa" puede incluir detener o reducir los servicios o suministros relacionados con CCS de un beneficiario que CCS ya aprobó, denegar una nueva solicitud de servicios relacionados con CCS, o denegar una solicitud de un beneficio de CCS que no se proporciona actualmente en el programa.[13] El programa de CCS debe enviar un aviso por escrito cuando se nieguen, terminen, cambien o reduzcan los servicios de CCS.[14] Una vez más, se requiere un aviso por escrito con **al menos siete (7) días** de antelación para los beneficiarios de CCS únicamente y con **al menos diez (10) días** de antelación para los beneficiarios de CCS con Medi-Cal.

C. No se requieren avisos en todas las situaciones en el programa de CCS

En el programa de CCS, no se requiere un aviso por escrito en todas las situaciones. Por ejemplo, el programa de CCS no tiene que enviar un aviso por escrito cuando el proveedor

[11] 22 CCR § 42131(b).
[12] 22 CCR § 42132(a).
[13] 22 CCR § 42132(a).
[14] 22 CCR § 42132(a).

integrante de CCS de un beneficiario no cree que el beneficiario de CCS ya necesita los servicios o suministros de CCS.[15] El programa de CCS tampoco tiene que enviar un aviso por escrito si un beneficiario de CCS o su familia cancelan su inscripción en CCS o detienen los servicios de CCS de forma voluntaria, si el tratamiento de CCS fue permitido por un tiempo limitado, o si el beneficiario de CCS está en un centro médico autorizado de cuidados intensivos o menos intensivos.[16] Sin embargo, si el beneficiario de CCS también tiene Medi-Cal, no deben aplicarse estas excepciones porque un beneficiario de Medi-Cal tiene derecho a un aviso por escrito para cualquier medida negativa, independientemente de la razón.

D. Requisitos del aviso para los beneficiarios de CCS con Medi-Cal

Un beneficiario de CCS que tiene cobertura de Medi-Cal tiene derechos adicionales para un aviso por escrito. Si un beneficiario de CCS tiene Medi-Cal, el programa de CCS debe enviar un aviso por escrito **al menos diez (10) días** antes de que comience la medida negativa sobre sus beneficios de CCS. Como se explica al principio de esta sección, un aviso apropiado debe ser por escrito, y el aviso debe dar una razón para la medida que CCS está tomando, la fecha en que comenzará la medida, la regla o ley que apoya la medida que se está tomando, e información sobre el derecho a apelar del beneficiario de CCS.[17]

Un beneficiario de CCS con Medi-Cal también tiene el derecho de solicitar una audiencia (llamada "apelación") cuando se niega la elegibilidad, se niega o reduce una solicitud de servicios, o se retrasa una decisión sobre la aprobación de servicios. Cuando la elegibilidad o servicios, previamente aprobados, de un beneficiario se deniegan, terminan o reducen más tarde, el beneficiario de CCS con Medi-Cal tiene el derecho de conservar sus beneficios mientras pasa por el proceso de apelación. Esto se llama "Ayuda pagada pendiente" (APP) o también se conoce como "Beneficios continuos". Este es un derecho crítico para los beneficiarios de CCS y sus familias, a fin de que eviten interrupciones en la cobertura o los servicios cuando apelan.

---

[15] 22 CCR § 42132(b).
[16] 22 CCR § 42132(b).
[17] 42 CFR § 435.919; 22 CCR § 50179; 42 CFR 438.404(b); Cal. Health & Safety Code § 1367.01; 22 CCR §§ 51014.1, 51014.2, and 53894.

Consejo para interceder por sí mismo: Siempre verifique la fecha en el aviso. Los beneficiarios de CCS con Medi-Cal deben recibir el aviso **al menos diez (10) días calendario** antes de que se suspendan o cambien los beneficios. Si el beneficiario de CCS no recibe el aviso al menos 10 días antes de la fecha de la medida, el beneficiario de CCS puede solicitar una apelación, usando la información de contacto en el aviso y explicándole a la oficina de apelaciones o al Juez de derecho administrativo (ALJ) que el aviso no se envió a tiempo o que le falta información. Esto es importante porque si un aviso no incluye toda la información descrita anteriormente, o si el programa lo envió tarde o no envió un aviso requerido en absoluto, entonces el programa de CCS debe retirar cualquier medida negativa que ya haya ocurrido o reiniciar el proceso de notificación.

III. Derecho a presentar una queja ante el programa de CCS

Si un beneficiario de CCS (con o sin Medi-Cal) no está satisfecho con una medida o inacción tomada por el programa de CCS, puede presentar una queja. Una queja es similar a un reclamo. Presentar una queja ayuda a asegurar que se resuelvan las preocupaciones del beneficiario de CCS. Una queja de CCS puede ser informal o formal.[18]

Un beneficiario de CCS puede presentar una queja por cualquier preocupación, incluyendo:[19]

- Preocupaciones con la coordinación de la atención, servicios, equipos o citas
- Mal servicio de atención al cliente

---

[18] Dep't of Health Care Srvs, CCS Numbered Letter 06-1023, California Children's Services Program Grievances Process (April 12, 2024), **https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Documents/20240308-CCSNL-Grievance-Process.pdf**. En una queja informal, un beneficiario de CCS puede enviar una queja en persona, por teléfono o por correo electrónico. Dependiendo del condado, el DHCS o el programa de CCS del condado deciden si el problema puede resolverse inmediatamente. Si pueden resolver la queja con prontitud, no se presenta ninguna queja formal. Las quejas informales no son objeto de un seguimiento formal.

[19] Dep't of Health Care Srvs, CCS Grievance, Appeal, and State Fair Hearing Fact Sheet, **https://www.dhcs.ca.gov/ services/ccs/Documents/20240202-CCS-Grievance-Appeal-SH-Factsheet-Independent.pdf**.

- Discriminación contra el beneficiario de CCS o su familia
- Preocupaciones por la privacidad de la información médica
- Preocupaciones por la calidad de la atención
- Problemas con las derivaciones para servicios
- Problemas con la programación de citas
- Preocupaciones por la puntualidad de las autorizaciones de servicio o decisiones de elegibilidad del programa de CCS

Para presentar una queja formal, un beneficiario de CCS debe completar un formulario de queja de CCS. Las familias de CCS pueden pedir ayuda a Departamento de Servicios de Atención Médica [DHCS] o a su programa de CCS del condado para llenar el formulario. Esto incluye el derecho a recibir asistencia para la traducción. Las quejas se pueden presentar verbalmente, en persona, por teléfono, por correo postal o electrónico. Una vez que se envía el formulario, comienza el proceso formal de queja.[20]

> **Consejo para interceder por sí mismo:** Siempre que sea posible, los beneficiarios de CCS deben solicitar una queja formal de CCS en lugar de una informal. Las quejas formales requieren que DHCS o la oficina de CCS del condado respondan a un beneficiario de CCS dentro de un plazo específico e incluyan un formulario y registro de quejas. Las quejas informales de CCS no tienen que seguir estos mismos estándares, lo que significa que una queja informal se puede olvidar o retrasar fácilmente. Sin embargo, si un beneficiario de CCS tiene una emergencia, entonces se puede presentar una queja informal si el beneficiario no puede enviar una queja formal.

Las quejas de CCS deben ser atendidas por el programa de CCS en un **plazo de treinta (30) días** pero también deben ser aceleradas si el problema es urgente para un beneficiario de CCS. Para una queja estándar, el programa de CCS tiene **cinco (5) días hábiles** para reconocer la recepción de la queja y coordinar con el programa de CCS del condado si es necesario.

Las quejas estándar deben resolverse dentro de los **treinta (30) días calendario** a partir de la fecha en que se recibió la queja. El DHCS o el programa de CCS del condado deben

---

[20] Dep't of Health Care Srvs, CCS Numbered Letter 06-1023 Attachment A, https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/ Documents/20230328-CCSNL-Grievance-Flowchart.pdf.

notificar al beneficiario de CCS por escrito sobre el resultado y el estado de la queja dentro de los **cinco (5) días hábiles** de cuando se resuelva.[21]

Sin embargo, si una medida tomada por el programa de CCS causara un daño grave a un beneficiario de CCS, entonces el beneficiario puede presentar una queja urgente o "acelerada". Las quejas aceleradas son apropiados cuando un beneficiario de CCS enfrenta amenazas a su salud, incluyendo dolor grave o pérdida potencial de la vida, extremidades o funciones corporales importantes. Cuando se presenta una queja acelerada, el DHCS o el programa de CCS del condado deben dirigir al beneficiario de CCS a la entidad apropiada y hacer un esfuerzo razonable para confirmar que recibieron la queja a través de una llamada telefónica **dentro de un (1) día hábil** de la recepción. Las quejas aceleradas también deben resolverse **dentro de tres (3) días hábiles**. Deben hacer un esfuerzo razonable por notificar verbalmente al beneficiario de CCS sobre el estatus y dar seguimiento a la queja por escrito.[22]

La forma de presentar una queja depende del condado donde vive el beneficiario de CCS. A continuación se presentan los pasos a seguir para cada condado:[23]

[21] Dep't of Health Care Srvs, CCS Numbered Letter 06-1023, **https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Documents/ 20240308-CCSNL-Grievance-Process.pdf**.
[22] Dep't of Health Care Srvs, CCS Numbered Letter 06-1023, **https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Documents/ 20240308-CCSNL-Grievance-Process.pdf**.
[23] Dep't of Health Care Srvs, California Children's Services Program Grievance Intake, **https://www.dhcs.ca.gov/ services/ccs/Documents/20240328-CCSNL-Grievance-Form.pdf**.

Condados independientes: Los programas de CCS del condado son responsables de recibir, reconocer y resolver las quejas.[24]
Teléfono: (916) 713-8300
Dirección de correo electrónico: CCSMonitoring@DHCS.ca.gov
Oficina de CCS del condado: Las direcciones, correos electrónicos y números de teléfono de todas las oficinas del condado se enumeran en la página web del DHCS en: County Offices (ca.gov)

Condados dependientes: El DHCS es responsable de recibir, reconocer y resolver quejas.[25]
Teléfono: (916) 713-8300
Dirección de correo electrónico: CCSMonitoring@DHCS.ca.gov
Dirección de correo postal: DHCS Integrated Systems of Care Division
Attn: County Compliance Unit,
1501 Capitol Ave, MS 4502, PO Box 997437
Sacramento CA 95899-7437

En persona, en la oficina del condado: Las direcciones de todas las oficinas del condado se enumeran en el sitio web del DHCS: County Offices (ca.gov)

IV. Apelaciones y audiencias

Un beneficiario de CCS debe considerar presentar una apelación cuando reciba una denegación de una solicitud para un servicio o suministro nuevo de CCS, una denegación o reducción de los servicios o suministros de CCS que está recibiendo actualmente, o un retraso en el procesamiento de un servicio aprobado.[26] Un beneficiario de CCS también puede apelar una denegación de una solicitud de CCS o un término del programa de CCS si piensa que la decisión es incorrecta.

---

[24] Los condados independientes incluyen: Alameda, Butte, Contra Costa, Fresno, Humboldt, Kern, Los Angeles, Marin, Mendocino, Merced, Monterey, Napa, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego,
San Francisco, San Joaquin, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Barbara, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tulare, Ventura, Yolo.
[25] Los condados dependientes incluyen: Alpine, Amador, Calaveras, Colusa, Del Norte, El Dorado, Glenn, Imperial, Inyo, Kings, Lake, Lassen, Madera, Mariposa, Modoc, Mono, Nevada, Plumas, San Benito, Sierra, Siskiyou, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne, Yuba.
[26] 22 CCR § 42140.

El proceso de apelación de CCS es diferente para los beneficiarios de CCS *sin* Medi-Cal y CCS *con* Medi-Cal. Como se mencionó anteriormente, las reglas federales de Medicaid proporcionan protecciones más firmes a los beneficiarios de CCS *con* Medi-Cal. Por lo tanto, si un beneficiario de CCS tiene CCS y Medi-Cal, entonces se deben aplicar las reglas de Medi-Cal en lugar de las reglas de CCS. Por ejemplo, si hay un plazo de apelación más largo bajo Medi-Cal, el beneficiario de CCS con Medi-Cal tiene derecho al plazo más largo de Medi-Cal en lugar del plazo más corto de CCS.

Generalmente, los beneficiarios de CCS *sin* Medi-Cal siguen el proceso de apelación de CCS en **la Sección IV(B)** a continuación. Los beneficiarios de CCS con Medi-Cal tienen todos los derechos de apelación de **la Sección IV(B)**, así como todos los derechos de apelación de Medi-Cal de **la Sección IV(C)**.

A. ¿Debe un beneficiario de CCS sin Medi-Cal presentar una apelación?

Un beneficiario de CCS sin Medi-Cal debe considerar presentar una apelación cuando el programa de CCS termine o cambie su inscripción en el programa o tome una medida negativa contra ciertos servicios o suministros de CCS.

Hay situaciones limitadas cuando un beneficiario de CCS *no puede* presentar una apelación de CCS.[27] Si el médico de CCS del beneficiario decide que, a su juicio profesional, el tratamiento del beneficiario de CCS debe terminar o cambiar, el beneficiario de CCS no puede presentar una apelación a través del programa de CCS. En esta situación, CCS debe proporcionar al beneficiario y a su familia una evaluación independiente sin costo alguno para ellos. El programa de CCS debe enviar al beneficiario una lista de tres médicos especialistas de donde elegir para evaluar al beneficiario. La decisión de la evaluación independiente es definitiva.[28] Esto no aplica si un beneficiario de CCS también está inscrito en Medi-Cal.

> **Consejo para interceder por sí mismo:** Si recibe un aviso por escrito de que el programa de CCS está tomando una medida con la que no está de acuerdo, guárdela para sus registros. La información en el aviso le ayudará con su apelación, incluso si la información del aviso es incorrecta. Si el programa de CCS no envía un aviso, aún puede presentar una apelación.

[27] 22 CCR § 42140(b) explaining that the CCS program does not need to grant an appeal if the sole issue is one of federal or state law requiring an automatic change that impacts all, or some, CCS beneficiaries.
[28] 22 CCR § 42140(a).

B. Proceso de apelación de CCS para beneficiarios sin Medi-Cal

Los beneficiarios de CCS deben estar informados de las diferentes etapas del proceso de apelación de CCS. Los derechos de apelación que se tratan en esta sección se aplican a los beneficiarios de CCS sin Medi-Cal. La apelación de primer nivel es un paso opcional para los beneficiarios que optan por usarla, pero no es necesaria. **Nota:** Los beneficiarios de CCS con Medi-Cal que no están en un condado que cuente con el Modelo de atención integral del niño también pueden usar este proceso de apelación o pueden ir directamente al proceso de Audiencia estatal imparcial descrito en **la Sección IV(C)** a continuación.

i. Apelación de primer nivel

Una vez que el beneficiario de CCS recibe un aviso por escrito que niega una solicitud de CCS, niega o reduce un servicio de CCS, o retrasa el acceso a un servicio o suministro de CCS, el beneficiario de CCS tiene **treinta (30) días calendario** a partir de la fecha del Aviso de acción (NOA, por sus siglas en inglés) para solicitar una apelación. Esto se llama la apelación de primer nivel.[29] Esto proporciona una oportunidad para que el beneficiario de CCS comparta información adicional con el programa de CCS del condado para que el condado pueda reconsiderar su decisión antes de avanzar con una Audiencia estatal imparcial. El programa de CCS debe enviar una decisión escrita de apelación de primer nivel **dentro de los veintiún (21) días** de recibir la apelación de primer nivel.[30] La decisión de apelación debe incluir el motivo de la decisión, los hechos en los que se basó la decisión y las leyes y normas que la apoyan.[31]

> **Consejo para interceder por sí mismo:** Una Apelación de primer nivel no necesita ser presentada antes de solicitar una Audiencia estatal imparcial. Los beneficiarios de CCS pueden omitir la Apelación de primer nivel y presentar una Audiencia estatal imparcial si lo prefieren.[32] Algunas familias pueden tratar de resolver un problema de CCS de manera informal antes de ir a una audiencia. Otras familias, en cambio, pueden solicitar una Audiencia estatal imparcial ante un Juez de derecho administrativo (ALJ).

---

[29] 22 CCR § 42160(a).
[30] 22 CCR § 42160(e).
[31] 22 CCR § 42160(e).
[32] 42 CFR § 431.220; Cal. Welf. & Inst. Code § 10950; See also Dep't of Health Care Srvs, CCS Numbered Letter 04-0424, CCS Program Appeals and State Hearing Process (June 3, 2024), https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Documents/ CCS-NL-04-0424.pdf p.4.

ii. Cómo solicitar una apelación de primer nivel

Para solicitar una apelación de primer nivel, el beneficiario de CCS debe enviar una apelación por escrito a la oficina de CCS. Si el beneficiario de CCS está en un condado independiente, la apelación de primer nivel va a la oficina local de CCS. Si el beneficiario de CCS está en un condado dependiente, la apelación de primer nivel va a la oficina regional de CCS estatal. La apelación escrita debe incluir la razón por la que el beneficiario de CCS está apelando, información que respalde la razón de la apelación, y qué resultado está buscando el beneficiario de CCS.[33] La apelación de primer nivel debe incluir todos los documentos pertinentes que respalden la apelación, como cartas de apoyo de los médicos tratantes, registros médicos y notas de enfermería. Si un beneficiario de CCS pide ayuda a la agencia de CCS con una apelación, la agencia de CCS debe proporcionar asistencia para completar la solicitud.[34]

> **Consejo para interceder por sí mismo:** Aunque los reglamentos exigen que un beneficiario de CCS reciba una decisión de apelación de primer nivel **dentro de los veintiún (21) días**, esto no siempre sucede a tiempo. Si el beneficiario de CCS no recibe una respuesta **dentro de veintiún (21) días**, no tiene que esperar la decisión y puede presentar una Audiencia estatal imparcial. (*Consulte la **Sección IV(C)(iv)** abajo sobre Audiencias estatales imparciales de CCS*).

iii. Solicitud de ayuda pagada pendiente

Un beneficiario de CCS puede solicitar que los servicios de CCS continúen mientras la apelación esté en curso. Esto se llama Ayuda pagada pendiente (APP, por sus siglas en inglés) y asegura que los beneficiarios de CCS puedan conservar sus beneficios y servicios de CCS mientras pasan por el proceso de apelación. Para solicitar APP, el beneficiario de CCS debe enviar un correo electrónico a la División de Sistemas Integrados de Atención (ISCD, por sus siglas en inglés), Unidad de Audiencias y Apelaciones (HAU, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) a **ISCDHAU@dhcs.ca.gov** y solicitar "ayuda pagada pendiente" o la "continuidad de servicios" y proporcionar el nombre del beneficiario y el número de caso de CCS.

---

[33] 22 CCR § 42160(a), (b) & (c); see also Dep't of Health Care Services, CCS Numbered Letter 04-0424, (June 3, 2024), **https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Documents/CCS-NL-04-0424.pdf**.
[34] 22 CCR § 42160(d).

Consejo para interceder por sí mismo: Si la APP se concede durante la Apelación de primer nivel pero el problema no se resuelve durante la Apelación de primer nivel, el beneficiario de CCS no tiene que solicitar APP por segunda vez mientras se preparan para una Audiencia estatal imparcial. Sin embargo, es aconsejable comunicarse con el DHCS para confirmar la solicitud de APP.

iv. Audiencia estatal imparcial de CCS

Un beneficiario de CCS tiene el derecho de solicitar una Audiencia estatal imparcial si la Apelación de primer nivel es denegada o no está de acuerdo con la decisión de Apelación de primer nivel.[35] Una Audiencia estatal imparcial es una audiencia informal frente a un Juez de derecho administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés). En la audiencia, un beneficiario de CCS puede explicar por qué no está de acuerdo con una decisión que tomó el programa de CCS y proporcionar evidencia para apoyar su posición. Las Audiencias estatales imparciales son administradas por la División de Audiencias Estatales (SHD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS, por sus siglas en inglés). Un beneficiario de CCS que no tenga Medi-Cal tiene **catorce (14) días calendario** a partir de la fecha de la decisión escrita de Apelación de primer nivel para solicitar una audiencia estatal imparcial.[36] La solicitud debe presentarse con copia de la resolución de apelación de primer nivel.[37] Una solicitud tardía para una audiencia estatal puede ser denegada. Si un beneficiario de CCS se pierde el plazo para solicitar una Audiencia estatal imparcial, todavía puede solicitar la audiencia si puede demostrar que hay una buena causa para realizar la presentación atrasada, como debido a una enfermedad grave o discapacidad.[38]

[35] 22 CCR § 42180.
[36] 22 CCR § 42180(a)(1).
[37] 22 CCR § 42180(a)(1).
[38] 22 CCR § 42180(b).

Consejo para interceder por sí mismo: El cronograma de apelaciones de CCS para los beneficiarios que no tienen Medi-Cal es muy rápido. Es muy importante prestar atención a la fecha límite para solicitar una Audiencia estatal imparcial y solicitarla inmediatamente; de lo contrario, una solicitud tardía puede ser denegada. Si un beneficiario de CCS no cumple con el plazo para solicitar una Audiencia estatal imparcial de CCS, debe argumentar que hay una buena causa para realizar una presentación atrasada. Algunos ejemplos de situaciones que pueden considerarse una buena causa incluyen la hospitalización del beneficiario de CCS o un miembro de la familia, una emergencia familiar, o que CCS no envió un aviso por escrito antes de la fecha de entrada en vigor de la medida negativa.

Después el programa de CCS todavía puede requerir más información. Si este es el caso, el programa de CCS debe notificar al beneficiario CCS **dentro de catorce (14) días calendario** a partir de la fecha de la solicitud. El beneficiario de CCS recibirá **catorce (14) días calendario** después de la fecha de la solicitud para presentar la información adicional para la audiencia.[39] Si se acepta una solicitud de Audiencia estatal imparcial, la División de Audiencias Estatales (SHD) debe enviar un aviso por escrito de la hora y el lugar de la audiencia a cada parte **por lo menos treinta (30) días calendario** antes de la audiencia.[40]

Consejo para interceder por sí mismo: Si el beneficiario de CCS no recibió un aviso por escrito o lo recibió en menos de diez (10) días desde cuando comienza el cambio a sus beneficios de CCS, el beneficiario de CCS todavía puede solicitar una apelación y ayuda pagada pendiente (APP).
Además, se puede solicitar una apelación si un aviso se retrasó, nunca se envió, o si el aviso estaba defectuoso, por ejemplo, si le faltaba información requerida. Cuando el beneficiario de CCS solicite la apelación, tendrá que explicar que no recibió un aviso por escrito o que recibió el aviso por escrito con retraso.[41]

[39] 22 CCR § 42180(a)(2).
[40] 22 CCR § 42305.
[41] 22 CCR § 42321.

Consejo para interceder por sí mismo: *Todos los* beneficiarios de CCS tienen actualmente una extensión temporal para solicitar una Audiencia estatal imparcial dentro de 120 días. El DHCS no ha establecido una fecha en la que esta extensión temporal terminará. Revise cualquier aviso escrito para obtener detalles específicos sobre cuándo el beneficiario de CCS tiene que solicitar una apelación.

v. Cómo solicitar una audiencia justa imparcial

Como se mencionó anteriormente, todas las apelaciones de CCS son tramitadas por el SHD de CDSS. Una apelación se puede solicitar en línea, por teléfono, FAX o por escrito por correo postal.[42] Como se menciona en **la Sección IV(B)(i)**, los beneficiarios de CCS tienen la opción de presentar una Apelación de primer nivel de CCS o presentar inmediatamente una solicitud de Audiencia estatal imparcial ante la División de Audiencias Estatales.

A continuación se muestran las diferentes formas de solicitar una audiencia estatal imparcial:

En línea: Cree una cuenta en Sistemas de coordinación de servicios de apelaciones [ACMS] o envíe una apelación sin una cuenta en **https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do** o vaya a **https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests**

Por teléfono: Llame a la División de Audiencias Estatales al 1-800-743-8525 o TDD 1-800-952-8349

Por Fax: (833) 281- 0905

Por correo postal a la División de Audiencias Estatales del Depto. de Servicios Sociales de California

California Department of Social Services

State Hearing Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-442

Sacramento, CA 94244-2430

Una vez que se recibe la solicitud de Audiencia estatal imparcial, el beneficiario de CCS tiene el derecho de solicitar una audiencia telefónica, una audiencia por video o una audiencia en persona.[43]Para obtener más información sobre el proceso de apelaciones de CCS, consulte la publicación de NHeLP, ***Ayudando a las familias a obtener equipos y***

[42] *See also* **cdss.ca.gov/hearing-requests**.

[43] Cal. Gov't. Code § 100506.4(h)(2); Cal. Dep't of Social Srvs, Manual of Policies and Procedures 22-045.1.

suministros médicos duraderos a través del Programa de Servicios para Niños de California (CCS) y la **hoja informativa** del ***Programa de Servicios para Niños de California*** (***Conozca sus derechos de apelación para el Programa de Servicios para Niños de California***).

C. Proceso de apelación para beneficiarios de CCS con Medi-Cal

Como se menciona en **la Sección I(A)**, aproximadamente el noventa (90) por ciento de los beneficiarios de CCS también están inscritos en Medi-Cal. Un beneficiario de CCS con Medi-Cal tiene el derecho de presentar una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal además de, o en lugar de, una apelación de CCS. Por lo tanto, un beneficiario de CCS con Medi-Cal tiene todos los derechos de apelación en **la Sección IV(B)** disponibles para él, además de todos los derechos de apelación de la **Sección IV(C) aquí**. Sin embargo, los plazos para una apelación son más generosos bajo Medi-Cal.

Consejo para interceder por sí mismo: El beneficio de Evaluación temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) es un beneficio de Medi-Cal que se aplica al Proceso de Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal para los beneficiarios de CCS con Medi-Cal. La definición de "necesidad médica" del CCS puede ser demasiado limitada para tratar eficazmente ciertas afecciones de CCS. Bajo la EPSDT, se requiere que los beneficios y servicios necesarios para "corregir o mejorar defectos y enfermedades y afecciones físicas y mentales" estén cubiertos. Para los beneficiarios de CCS con Medi-Cal, se debe aplicar el estándar de necesidad médica de EPSDT.[44]

Consejo para interceder por sí mismo: Un beneficiario de CCS está inscrito en un MCP de Medi-Cal si tiene dos tarjetas de seguro de Medi-Cal: una tarjeta de identificación de beneficios con una amapola amarilla y una segunda tarjeta separada con el nombre de un plan de seguros.

Los derechos de apelación de Medi-Cal dependen de la manera en que el beneficiario de CCS recibe los servicios de Medi-Cal. Algunos beneficiarios tienen Medi-Cal a través de un MCP de Medi-Cal, mientras que otros beneficiarios tienen Medi-Cal de pago por servicios o Medi-Cal "regular".

[44] 42 USC § 1396d(r)(5).

Consejo para interceder por sí mismo: Un beneficiario de CCS está inscrito en un MCP de Medi-Cal si tiene dos tarjetas de seguro de Medi-Cal: una tarjeta de identificación de beneficios con una amapola amarilla y una segunda tarjeta separada con el nombre de un plan de seguros.

i. Beneficiario de CCS con Medi-Cal de pago por servicios

Si un beneficiario de CCS con Medi-Cal no está inscrito en un MCP de Medi-Cal, el beneficiario de CCS puede presentar una solicitud de autorización a Medi-Cal para los servicios denegados por CCS. Si Medi-Cal también niega la autorización, entonces el beneficiario de CCS puede solicitar una Audiencia estatal imparcial ante Medi-Cal además de una Audiencia estatal imparcial ante CCS. Se debe solicitar una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal dentro de los **noventa (90) días calendario** posteriores al aviso por escrito o, si no recibieron un aviso por escrito, antes de que la medida con la que no estuvieron de acuerdo se llevara a cabo.[45] Una vez más, los beneficiarios de CCS no necesitan proseguir con la Apelación de primer nivel de CCS antes de solicitar una Audiencia estatal imparcial ante CCS. **Nota:** Una audiencia estatal imparcial sobre la elegibilidad y la inscripción del beneficiario de CCS pasará por el proceso de Audiencia estatal imparcial de CCS.

ii. Beneficiario de CCS con atención administrada por Medi-Cal en un condado que cuente con el Modelo de atención integral del niño

Si un beneficiario de CCS tiene Medi-Cal y vive en un condado que cuenta con el Modelo de atención integral del niño, el beneficiario de CCS tiene acceso a los servicios y suministros de CCS a través del MCP de Medi-Cal.

El beneficiario de CCS tiene la opción de proseguir el proceso de apelaciones del MCP de Medi-Cal, además del proceso de apelación del programa de CCS. Un beneficiario de CCS que está inscrito en un MCP de Medi-Cal puede presentar una apelación ante el MCP si no está de acuerdo con la decisión del programa de CCS con respecto a los servicios de CCS del beneficiario. Se requiere realizar esta apelación del plan antes de solicitar una Audiencia estatal imparcial a Medi-Cal. Se puede presentar una apelación del plan ante el MCP por teléfono, en línea o por correo postal. Un beneficiario de CCS debe presentar una

---

[45] *See* Dep't of Health Care Srvs, CCS Numbered Letter 04-0424, CCS Program Appeals and State Hearing Process (June 3, 2024), https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Documents/CCS-NL-04-0424.pdf. Debido a una exención actual, el plazo para solicitar una audiencia se ha extendido a 120 días (no 90 días) hasta junio de 2025.

apelación **dentro de los sesenta (60) días calendario** de la fecha del aviso. Un beneficiario de CCS Medi-Cal puede solicitar una apelación acelerada del plan si su vida o salud están en riesgo.

Con una apelación acelerada, el plan debe enviar un aviso por escrito al beneficiario de CCS **dentro de setenta y dos (72) horas** Para obtener más información sobre las apelaciones del MCP de Medi-Cal, consulte *la* publicación de **Apelaciones y quejas de atención administrada por Medi-Cal de Derechos por Discapacidades de California**.[46] **Nota:** Las apelaciones relacionadas con la elegibilidad de CCS en condados que cuenten con el modelo de atención integral del niño todavía van al programa de CCS.

iii. Beneficiario de CCS con atención administrada por Medi-Cal en un condado clásico

Si un beneficiario de CCS tiene atención administrada por Medi-Cal pero no está en un condado que cuente con el modelo de atención integral del niño y en cambio está en un "condado clásico", las apelaciones de CCS todavía deben pasar por el programa de CCS del condado. El beneficiario de CCS puede presentar una solicitud de autorización a Medi-Cal para los servicios denegados por CCS. Si el MCP también niega la autorización para los servicios solicitados, el beneficiario de CCS tiene derecho a presentar una apelación de Medi-Cal con el MCP de Medi-Cal. Si un beneficiario de CCS solicita una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal con respecto a una denegación de servicios por parte del MCP, además de una Audiencia estatal imparcial de CCS con respecto a una denegación de servicios por parte de CCS, las dos audiencias operarán por separado. **Nota:** Una audiencia estatal imparcial sobre la elegibilidad y la inscripción del beneficiario de CCS pasará por el proceso de audiencia estatal imparcial de CCS.

iv. Ayuda pagada pendiente

Un beneficiario de CCS con Medi-Cal tiene el derecho de solicitar Ayuda Pagada pendiente (APP, por sus siglas en inglés). Más específicamente, si hay un término o disminución de los servicios de Medi-Cal, el beneficiario tiene el derecho de mantener sus servicios mientras pasa por el proceso de apelación, y los servicios no cambiarán hasta que reciba una decisión de la Audiencia estatal imparcial. Generalmente, el beneficiario de Medi-Cal debe hacer la solicitud de APP antes de la fecha del cambio que aparece en el aviso, o **dentro de diez (10) días** de

[46] Disability Rights California, Medi-Cal Managed Care Appeals and Grievances (July 1, 2018), **https://www.disability- rightsca.org/publications/medi-cal-managed-care-appeals-and-grievances**.

la fecha en que recibieron el aviso. Se debe solicitar la APP al presentar la apelación. Sin embargo, en el momento de escribir esto, actualmente, los beneficiarios de Medi-Cal obtienen APP, incluso si no la solicitan, siempre y cuando soliciten una Audiencia estatal imparcial **dentro de los 120 días** posteriores al aviso por escrito.

> **Consejo para interceder por sí mismo:** El derecho a APP sin necesidad de solicitarla dentro de los 10 días normales desde la recepción del aviso automáticamente se aplicará tanto a la población de Medi-Cal como de CCS hasta junio de 2025. Después de ese tiempo, APP debe ser solicitada dentro de los 10 días desde la recepción del aviso por escrito o antes de que la medida negativa entre en vigor.

D. Preparación para una Audiencia estatal imparcial:

Después de que el beneficiario de CCS solicite una Audiencia estatal imparcial de CCS o una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal, recibirá dos avisos de la División de Audiencias Estatales de CDSS. El primer aviso es para confirmar la solicitud de una audiencia. El segundo aviso tiene la fecha, hora y lugar de la audiencia.

Poco después de enviar el primer aviso, el condado asignará un representante de la audiencia que representa al condado en la audiencia. El representante es responsable de ponerse en contacto con el beneficiario de CCS antes de la audiencia para proporcionar información sobre el caso. El representante de la audiencia debe ayudar a tratar de resolver el caso antes de la Audiencia estatal imparcial. El beneficiario de CCS no está obligado a resolver el asunto antes de la audiencia si todavía no está de acuerdo con el representante de la audiencia.

> **Consejo para interceder por sí mismo:** El beneficiario de CCS puede ponerse en contacto con el representante de la audiencia para discutir el caso, y las partes pueden resolver el problema sin ir a una audiencia. Sin embargo, el beneficiario de CCS no debe retirar la solicitud de audiencia hasta que reciba una confirmación por escrito de que se ha solucionado el problema. Mantener la solicitud de audiencia asegura que el programa de CCS abordará el problema antes o después de la audiencia. Si el representante de la audiencia no puede solucionar el problema antes de la audiencia, entonces se mantiene el derecho del beneficiario de CCS a continuar con la audiencia.

i. Cómo prepararse para la Audiencia estatal imparcial

1 paso: Revise los registros de casos
El beneficiario de CCS debe reunir y revisar todos los avisos y otros documentos relacionados con la solicitud de audiencia.

2 paso: Reúna información
El beneficiario de CCS debe recopilar los registros médicos pertinentes y las cartas de apoyo de los médicos tratantes. Idealmente, estas cartas serán de un médico integrante de CCS. Para averiguar si un médico es integrante de CCS, utilice este sitio web: **https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs/Pages/CCSProviders.aspx**. Es importante tener una carta de apoyo del médico tratante explicando por qué el beneficiario de CCS necesita el servicio que fue denegado, reducido o terminado.

> **Consejo para interceder por sí mismo:** El beneficiario de CCS debe comunicarse con el médico tratante y explicar que CCS ha denegado un servicio que el beneficiario necesita. El beneficiario de CCS debe solicitar que el médico redacte una carta, explicando por qué el servicio que se ha denegado es médicamente necesario. Es útil si la carta proporciona ejemplos específicos y está respaldada con registros médicos pertinentes.

Comuníquese con la DRC al 1-800-776-5746 o visite **https://www.disabilityrightsca.org/get-help** para obtener una muestra de carta de apoyo de un médico.

> **Consejo para interceder por sí mismo:** Suba los documentos en línea a través del **portal ACMS**. ACMS es el Sistema de coordinación de servicios de apelaciones que utiliza CDSS para todas las audiencias. Es la forma más fácil de rastrear el progreso de la apelación y ver documentos. Si el beneficiario de CCS no puede usar el ACMS, puede comunicarse con el representante de audiencia asignado para preguntar si los documentos pueden ser enviados por correo electrónico, correo postal o FAX.

3 paso: Revise la Declaración de posición del programa de CCS
El programa de CCS proporcionará una explicación de por qué negaron o disminuyeron los beneficios o servicios del beneficiario de CCS en una declaración de posición escrita. El programa de CCS debe enviar la declaración de posición escrita a los beneficiarios de CCS, y a cualquier representante o abogado suyo, que trabaje en su nombre, **al menos dos (2) días hábiles** antes de la audiencia.

Esta declaración será enviada por correo postal o estará disponible en el portal de ACMS para descargar. El beneficiario de CCS tiene derecho a que la declaración de posición se envíe en su idioma de preferencia. Si no recibe la declaración de posición en su idioma de preferencia, el beneficiario de CCS tiene derecho a que un intérprete-traductor se la lea en su idioma preferido. El beneficiario de CCS puede solicitar un intérprete-traductor poniéndose en contacto con el representante de la audiencia que debe proporcionar interpretación-traducción sin costo alguno para el beneficiario de CCS.

La declaración de posición explicará las razones del programa de CCS para tomar medidas contra la elegibilidad del beneficiario de CCS o los servicios de CCS (incluso si el beneficiario de CCS no está de acuerdo con las razones). La declaración de posición también ayudará al beneficiario de CCS a identificar otras pruebas y testigos que pueda necesitar. Si el beneficiario de CCS no recibe una copia **dentro de dos (2) días hábiles** antes de la audiencia, el beneficiario de CCS tiene un par de opciones. En primer lugar, pueden proceder con la audiencia y pedirle al Juez de derecho administrativo [ALJ] que "deje el expediente abierto" para que puedan enviar información adicional a fin de responder a cualquier cosa en la declaración de posición del condado. Incluso si el beneficiario de CCS puede obtener la declaración de posición del programa de CCS a tiempo, todavía puede pedir que se deje el expediente de la audiencia abierto para presentar más evidencia. En segundo lugar, si el beneficiario de CCS recibe una declaración de posición tardía, tiene el derecho de posponer la audiencia si necesita más tiempo para prepararse para ella.

Un beneficiario de CCS puede proporcionar su propia declaración de posición en respuesta a la declaración del condado. Esto es opcional. Sin embargo, un resumen escrito de la posición del beneficiario de CCS puede ayudar a simplificar la audiencia y ayudar al beneficiario a sentirse más preparado en la audiencia. Es importante que la declaración explique por qué el beneficiario de CCS considera que la medida tomada por el programa de CCS es errónea.

Comuníquese con la DRC al 1-800-776-5746 o visite **https://www.disabilityrightsca.org/get-help** para obtener una muestra de un declaración de posición.

4 paso: aplazamientos

Un beneficiario de CCS puede solicitar posponer su audiencia en cualquier momento antes de la audiencia real si no puede asistir en la fecha y hora programada de la audiencia o si necesita más tiempo para prepararse. La primera solicitud de aplazamiento generalmente se concede sin necesidad de proporcionar una razón, pero cualquier postergación adicional

requerirá una explicación.[47] La ayuda pagada pendiente continuará si se concede un aplazamiento.

> **Consejo para interceder por sí mismo:** Una vez que el beneficiario de CCS recibe la declaración de posición del programa de CCS, es posible que desee solicitar un aplazamiento de su audiencia para poder prepararse mejor para su caso. Esto le dará tiempo para negociar con el representante de la audiencia, así como para reunir cualquier registro actualizado.

ii. Qué esperar en la Audiencia estatal imparcial

Las Audiencias estatales imparciales de CCS son más informales que otros procedimientos legales. La mayoría de las audiencias se realizan por teléfono o por videoconferencia, con la opción de tener una audiencia en persona en la oficina de CCS del condado. Cada parte tendrá la oportunidad de presentar información para apoyar su posición. El beneficiario de CCS debe presentar información (testimonio de testigos, cartas de los médicos, registro diario e historias médicas) para mostrar sus necesidades de beneficios o servicios que fueron denegados.

La evidencia debe mostrar:
1) Que los servicios o suministros de CCS solicitados son médicamente necesarios. El beneficiario de CCS puede discutir esto con el proveedor integrante de CCS que lleva su caso.
2) Los servicios deben estar relacionados con la afección elegible para CCS.

> **Consejo para interceder por sí mismo:** El beneficiario del CCS puede traer testigos para que presten testimonio. Los testigos pueden incluir a los miembros de la familia del beneficiario, a los médicos tratantes o a los proveedores actuales de servicios de CCS. Los testigos deben estar preparados para explicar por qué la decisión tomada por CCS fue incorrecta, así como informar sobre sus calificaciones para determinar lo que es médicamente necesario.

iii. Qué esperar después de la Audiencia estatal imparcial

La decisión de Audiencia estatal imparcial debe ser enviada por correo postal al beneficiario de CCS. Si el beneficiario de CCS registró su audiencia en línea a través de ACMS, la decisión también estará disponible para su visualización y descarga desde su cuenta de caso de ACMS.

---

[47] 7 CFR § 273.15(c)(4); Cal. Welf. & Inst. Code § 10952.5; Cal. Dep't of Social Srvs, Manual of Policies and Procedures, 22-053.

Sin embargo, si el beneficiario de CCS todavía no está de acuerdo con la decisión de la audiencia del ALJ, puede solicitar una nueva audiencia. El beneficiario también puede presentar una demanda en el Tribunal Superior de California.

i. Solicitud de nueva audiencia

Los beneficiarios de CCS tienen el derecho de solicitar una nueva audiencia **dentro de los treinta (30) días** posteriores a la recepción de la decisión de la audiencia. Para que se conceda una nueva audiencia, el beneficiario de CCS debe explicar por qué el ALJ no consideró adecuadamente la información presentada en la audiencia o no aplicó las reglas correctas al tomar la decisión.

ii. Petición de orden judicial de mandamiento administrativo

Si el beneficiario de CCS no está de acuerdo con la decisión de la audiencia, también tiene la opción de solicitar una orden judicial de mandamiento administrativo ante el Tribunal Superior de California.[48] La orden debe ser presentada **dentro de 1 año de la fecha de** la decisión de la **audiencia** y es un procedimiento legal formal. El beneficiario debe buscar asesoramiento jurídico antes de hacerlo.

iii. Cómo obtener ayuda con el proceso de apelación

Si un beneficiario de CCS y su familia tienen preguntas o necesitan ayuda, los siguientes recursos están disponibles:

1. La oficina de CCS del condado del beneficiario de CCS.
2. Para obtener ayuda legal gratuita, llame al 888-804-3536/TTY 877-735-2929 o visite **http://www.healthconsumer.org**
3. Derechos para Personas con Discapacidad de California (DRC) — 1-800-776-5746 o visite **https://www.disabilityrightsca.org/get-help**.
4. Los Centros Locales de Recursos Familiares también pueden proporcionar información y apoyo con respecto al proceso de apelación de CCS. Para obtener información sobre cómo comunicarse con el Centro de Recursos Familiares más cercano, llame al 1-800-515-BABY o visite el sitio web de Voces de Familias de California [Family Voices of California] en **www.familyvoicesofca.org**.
5. Los Centros de Capacitación e Información para Padres también pueden proporcionar apoyo (**www.cde.ca.gov/sp/se/qa/caprntorg.asp**).
6. Family Voices of California — Llame al (415) 282-7494 o visite **www.familyvoicesofca.org**

[48] Cal. Code Civ. Proc. § 10952.5.

Anexo A

Lista de siglas:

ACMS – Sistema de coordinación de servicios de apelaciones
ALJ – Juez de derecho administrativo
APP – Ayuda pagada pendiente
CCS– Servicios para Niños de California
CDSS – Departamento de Servicios Sociales de California
DHCS – Departamento de Servicios de Atención Médica
DME – Equipo Médico Duradero
ISCD – División de Sistemas Integrados de Atención
MCP - Plan de atención administrada
MTP – Programa de terapia médica
NOA – Aviso de acción
PDN - Servicio de enfermería privado
SAR - Solicitud de autorización de servicio
TAR – Solicitud de autorización de tratamiento
WCM – Modelo de atención integral del niño