

**Documento de Evaluación de La Función  
Resultado del Nivel de Cuidado**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido del Cliente

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación del Beneficiario

Al terminar el Documento de Evaluación, el resultado del cliente:

\_\_\_\_\_ **Ha Cumplido** con los criterios de la exención de Medicaid.

\_\_\_\_\_ **No Ha Cumplido** con los criterios de la exención de Medicaid

*LEA LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE.*

**Derecho de Apelar:** Ud. tiene el derecho a una vista con imparcialidad si Ud. esté insatisfecho con la decisión acerca de su resultado del nivel de cuidado o si Ud. se sienta que haya tenido una demora en su aplicación. Ud. tiene el derecho a pedir una vista con imparcialidad si Ud. no está de acuerdo con el resultado de esta evaluación.

Si Ud. quiere una vista con imparcialidad, Ud. tiene que presentar una petición dentro de 63 días de esta noticia. Durante de la vista, Ud. tendrá la oportunidad de explicar porque no está de acuerdo con esta noticia. Ud. puede representarse o alguien de su casa, un abogado, un amigo, un pariente u otra persona puede hablar para Ud. Si Ud. no pide una vista con imparcialidad dentro de 63 días de esta noticia, podría tener un afecto negativo en sus derechos.

**Mande su petición escrita para una vista imparcial a**

Office of Administrative Hearings, 1020 S. Kansas Ave., Topeka, Kansas, 66612

**Derechos y Responsabilidades:** Como cliente, Ud. debe cooperar en la revision anual de su nivel de cuidado y sus servicios y otras evaluaciones hechas por el Departamento del Envejecimiento y Servicios para Personas con Discapacidades del estado de Kansas. Ud. tiene los mismos derechos a servicios disponibles proporcionados a personas en su categoría de elegibilidad para Medicaid. Ud. tiene el derecho a tratamiento igual como otros clients en situaciones similares.

Mi firma abajo indica que yo conozco mi resultado del nivel de cuidado basado en la evaluación de mi funcion y que conozco mis derechos y responsabilidades.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o de su Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Asesor de la Función

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Derechos Civiles:** Ninguna persona debe, por motivos de la raza, el color, origen nacional, edad, discapacidad, religion, ni sel sexo, estar excluido de participación en ni denegado de los beneficios ni sujeto a la discriminación debajo de los programas y actividades del Departamento del Envejecimiento y Servicios para Personas con Discapacidades del estado de Kansas y/o el Departamento de Los Niños y Las Familias. Si Ud. se siente que haya sido la victim de discriminación, puede hacer una queja escrita al Departamento de Administración o el Departamento de Salud y Servicios Humanos.