



agency for persons with disabilities
State of Florida

Charlie Crist,
Governor

..

Jim DeBeaugrine,
Director

..

4030 Esplanade

Way,

Suite 380

Tallahassee,

Florida

32399-0950

..

(850) 488-4257

Fax:

(850) 922-6456

Toll Free:

(866) APD-CARES

(866-273-2273)

AVISO DE REAJUSTE DEL PLAN DE COSTOS

Fecha _____

A: _____
(Individuo o Tutor)

La Legislatura de la Florida del 2007 exigió a la Agencia para Personas con Incapacidades ajustar su plan de costos, tal como se describe en la Sección 393.0661(6) , Estatutos de la Florida (2008). Se incluye una copia con este Aviso. Como resultado de ello, el monto total del plan de costos se ajusta de \$_____ a \$_____.

Se adjunta el Formulario de Solicitud de la Enmienda que refleja su plan de costos ajustado. El ajuste de su plan de costo sera vigente en enero 15 del 2009.

También se adjuntan su “Aviso de Derecho de Audiencia” y el “Formulario de Solicitud de Audiencia respecto al Reajuste del Plan de Costos”.

Si necesita más información o ayuda, llame a su Coordinador de Apoyo de Exención o a la oficina de su área. Puede encontrar información adicional acerca del reajuste del plan de costos en el sitio web de la Agencia para Personas con Incapacidades en <http://apdcares.org> .

Anexos: Formulario de Solicitud de Enmienda
 Aviso de Derecho a una Audiencia
 Formulario de Solicitud de Audiencia respecto al Reajuste
 del Plan de Costos
 Sección 393.0661(6), F.S.(2008)

Sección 393.0661(6), Estatutos de la Florida (2008)

(6) A partir del 1° de enero de 2009, y salvo que se estipule lo contrario en esta sección, a la persona o familia que se hubiera beneficiado del programa Home and Community-based services Waiver o del programa Family and Supported Living Waiver, financiado a través de la Agencia para Personas con Incapacidades, se le ajustará su plan de costos, a fin de reflejar el monto de los gastos correspondientes al año fiscal estatal anterior, más un 5 por ciento si dicho monto es menor que el del plan de costos actual de dicha persona. La Agencia para Personas con Incapacidades utilizará las reclamaciones reales pagadas por concepto de servicios brindados durante el año fiscal anterior, que sean presentadas antes del 31 de octubre, para calcular el monto del plan de costos revisado. Si la persona no hubiera recibido dichos servicios durante todo el año fiscal estatal anterior completo o hubiera habido algún cambio en el monto del plan de costos de más de un 5 por ciento durante el año fiscal estatal, la agencia ajustará el monto del plan de costos a una suma calculada de gastos anuales más un 5 por ciento. La agencia calculará el monto de gastos anuales calculando el promedio de gastos mensuales, a partir del cuarto mes posterior a la inscripción de dicha persona en el programa, o a la modificación del plan de costos en más de un 5 por ciento, hasta el 31 de agosto de 2008, y multiplicando el promedio por 12. En caso de que no se dispusiera de los datos de gastos reales de por lo menos 3 meses para calcular los gastos anuales, es posible que la agencia no pudiera reajustar el plan de costos conforme con esta subsección.

Esta subsección vencerá el 30 de junio de 2009, a menos que sea promulgada de nuevo por la Legislatura, antes de dicha fecha

Aviso de Derechos de Audiencia

La Legislatura de la Florida requiere que la Agencia para Personas con Incapacidades (APD) reajuste los planes de costos como se describe en la Sección 393.0661 (6), Estatutos de la Florida (2008).

Si usted cree que el ajuste de APD de su plan de costos es incorrecto, podría tener derecho a una audiencia administrativa como se dispone en las Secciones 120.569 y 120.57 de los Estatutos de la Florida (2008) y el Título 42, Sección 431.220, del Código de Reglamentaciones Federales. Sólo se otorgará una audiencia si en su solicitud se exponen hechos que demuestran que APD cometió un error al ajustar su plan de costos. No hay mediación disponible en este procedimiento.

Si APD determina que usted tiene derecho a una audiencia, puede representarse a sí mismo, o usar un abogado, un pariente, un amigo u otro representante en la audiencia sobre este asunto. Si no se representa a sí mismo, se requiere que proporcione, con su solicitud de audiencia, prueba de tutoría u otra documentación de la autoridad de su representante para actuar en su nombre.

La Sección 393.125(1)(c) de los Estatutos de la Florida (2008) dispone que usted debe hacer su solicitud para una audiencia a la agencia, por escrito, dentro de los treinta (30) días de haber recibido su plan de costos revisado. La solicitud debe ser firmada por usted o por su representante autorizado. Información sobre algunas fuentes de posible ayuda legal puede encontrarse en: <http://apd.myflorida.com/customers/legal/resource-listing.htm>.

Si presenta su solicitud dentro de los diez (10) días de haber recibido su plan de costos revisado, sus servicios continuarán al nivel existente hasta que se tome la decisión definitiva sobre su solicitud de audiencia.

Cuando solicite una audiencia respecto al reajuste de su plan de costos, deberá usar el "Formulario de solicitud de audiencia respecto al reajuste de costos", el cual puede obtener de su Coordinador de Apoyo de Exención, en la oficina del área o en nuestro sitio web. Como mínimo, su solicitud de audiencia debe incluir la siguiente información:

1. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte que hace la solicitud y el nombre, la dirección y el número de teléfono del abogado o representante de la parte a la que se deben entregar los documentos y presentaciones;
2. Una declaración de que usted está solicitando una audiencia administrativa;
3. Una lista de los hechos y circunstancias en los que usted se basa para aseverar que existe un error en el ajuste de su plan de costos.
4. Una referencia o una copia de su Aviso de Reajuste del Plan de Costos y su Formulario de Solicitud de Enmienda;
5. Una declaración indicando la fecha en que recibió su plan de costos revisado, y
6. Si alguien está haciendo la solicitud de audiencia en su nombre, un documento, tal como una orden nombrando un tutor o una declaración de autorización por escrito, estableciendo la autoridad del representante para actuar en su nombre.

Para solicitar una audiencia, envíe por correo o entregue su solicitud llena a la oficina de área de APD de su localidad.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar la solicitud de audiencia, puede llamar a la oficina de APD de su localidad. También puede consultar el folleto titulado "Derechos de audiencias administrativas" en

REAJUSTE DEL PLAN DE COSTOS FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA

Si usted fue afectado adversamente por el ajuste de su plan de costos requerido por la Sección 395.0661(6), de los Estatutos de la Florida (2008), puede solicitar una audiencia de justicia. Usted puede usar este formulario para la solicitud. No olvide proporcionar los hechos que demuestren cómo APD cometió un error al calcular sus niveles de servicio del plan de costos nuevo. Presente el formulario lleno en la oficina de la Agencia para Personas con Incapacidades de su área.

Nombre de la parte demandante:	Nombre del Representante:
Dirección:	Dirección:
Ciudad/Estado, Código Postal:	Ciudad/Estado, Código Postal:
Número de Teléfono:	Número de Teléfono:
Número de Seguro Social:	

[SI USA UN REPRESENTANTE, PROPORCIONE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, ÓRDEN DE TUTORÍA U OTRA DOCUMENTACIÓN PARA QUE ESTA PERSONA LO REPRESENTE.]

Solicito una audiencia respecto al reajuste de APD de mi plan de costos en conformidad con la Sección 393.0661(6), F.S. (2008). Recibí aviso respecto al monto del plan de costos ajustado y mi nuevo plan de costos de mi coordinador de apoyo de exención el _____, 2008.

APD está ajustando mi plan de costos de \$ _____ a \$ _____.

Durante el período del 1° de julio de 2007, hasta el 30 de junio de 2008, el total de gastos de exención por concepto de mis servicios fue de \$ _____.

Yo **tuve** o **no tuve** [ENCIERRE EN UN CÍRCULO UNO] un solo cambio de más del 5% con respecto a mi plan de costos el 1° de julio de 2007 y el 30 de junio de 2008. El cambio se efectuó el [indique la fecha] _____.

Yo **tuve** o **no tuve** [ENCIERRE EN UN CÍRCULO UNO] 3 meses de datos de gastos reales durante el período del 1° de julio de 2007 y el 30 de junio de 2008.

APD cometió un error al reducir mi plan de costos porque

[SÍRVASE AGREGAR PÁGINAS ADICIONALES, SI FUERA NECESARIO]

Firmado,

[CONSUMIDOR O REPRESENTANTE]

[FECHA]

(First page logo)

apd
agencia para personas con incapacidades

Estado de la Florida