

**(CASO VIGENTE/AJUSTE DE COSTO DE VIDA «COLA»)
PREAVISO DE CAMBIOS EN
LA COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA**

FECHA DEL AVISO:		FECHA EN VIGOR:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO	
NÚMERO DE CASO			NÚMERO CIN		
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo, de haberla) Y DIRECCIÓN					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> ┌ ┐ └ ┘ </div>				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				ó para Conferencia con la Agencia	
				Audiencia Imparcial	
				Información y Asistencia:	
		Acceso a Archivos			
		Información sobre Asistencia Legal			
NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) O DE LA UNIDAD		NO. DE TELÉFONO

NUESTROS EXPEDIENTES INDICAN QUE USTED RECIBIRÁ UN AUMENTO EN EL BENEFICIO DEL SEGURO SOCIAL A PARTIR DEL 1º DE ENERO DEL 2004.

Debido a este aumento en su beneficio del Seguro Social, la cantidad actual de su ingreso excesivo de \$ _____ al mes ha cambiado a \$ _____ a partir del 1º de enero del 2004. Esto significa que usted reúne los requisitos para recibir beneficios del Medicaid durante todo mes en que sus gastos médicos igualen o sobrepasen la nueva cantidad de ingresos excesivos indicados abajo.

Nosotros calculamos el total de su ingreso mensual bruto en \$ _____. Calculamos que sus deducciones mensuales totales son \$ _____. Por lo tanto, su ingreso mensual neto para propósitos del Medicaid es la diferencia, o \$ _____ (Vea abajo la lista de las deducciones más comunes.)

En su caso, calculamos que su ingreso mensual neto excede por \$ _____ el nivel del Medicaid del Estado de Nueva York. Esta cantidad representa su ingreso excesivo mensual.

Usted puede recibir cobertura del Medicaid durante todo mes en el que sus facturas médicas igualen o sobrepasen esta cantidad excesiva. Si usted tiene facturas (ya sea pagadas o sin pagar) que igualen o sobrepasen la cantidad en exceso; la información adjunta le explicará la cobertura con relación a su ingreso excesivo.

SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON NUESTRA DETERMINACIÓN O CÁLCULOS, PUEDE SOLICITAR UNA CONFERENCIA O UNA AUDIENCIA IMPARCIAL DE LA MANERA QUE SE EXPLICA AL REVERSO DE ESTA PÁGINA.

LAS LEYES Y/O LAS REGULACIONES QUE NOS PERMITEN HACER ESTO SON 18 NYCRR 360-2.3 y 2.6.

INFORMACIÓN SOBRE DEDUCCIONES

Nosotros aplicamos ciertas deducciones al calcular su ingreso mensual neto a efectos del Medicaid. Las deducciones más comunes son:

- 1) \$20.00 por individuo o por pareja si usted es una persona de edad avanzada, ciego(a) o incapacitado(a).
- 2) Una deducción por la cantidad mensual de las primas de su seguro de salud (tales como Blue Cross/Blue Shield y Medicare).

Si usted desea información sobre las deducciones aplicadas a su caso u sobre otras deducciones, póngase en contacto con nosotros.

IMPORTANTE

Si usted perdió los beneficios del SSI desde 1977 debido a un aumento en el Seguro Social correspondiente al incremento del costo de vida, puede que aún reúna los requisitos para la cobertura completa. Favor de comunicarse con nosotros inmediatamente o solicite una audiencia imparcial.

ATENCIÓN: Las personas que reciben Asistencia Médica podrían gozar de un descuento en la tarifa telefónica. Para información sobre LIFELINE, llame gratis a la compañía Verizon al 1-800-555-5000.

LAS REGULACIONES VIGENTES EXIGEN QUE USTED NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO SOBRE TODO CAMBIO EN NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, SITUACIÓN DE VIVIENDA O DIRECCIÓN

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN. PARA INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE APELACIÓN, FAVOR DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN.

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede pedir una conferencia para revisar estas acciones. Si desea una conferencia, le sugerimos solicitarla lo más pronto posible. Si durante la conferencia nos percatamos que nuestra decisión fue errónea, o en base a la información que usted proporcione, decidimos cambiar nuestra decisión; tomaremos acción correctiva y le proporcionaremos una nueva notificación. Puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud a la dirección que aparece en la parte superior de la misma página. Este número es solamente para solicitar conferencias y **no es la manera de solicitar una audiencia imparcial**. Aunque solicite una conferencia, también tiene el derecho a una audiencia imparcial. Si desea que sus beneficios continúen sin cambios (asistencia ininterrumpida) a la espera de la decisión de la audiencia imparcial; debe solicitar una audiencia imparcial de la manera que se describe abajo. Lea a continuación la información sobre audiencias imparciales.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si cree que la decisión antes mencionada es errónea, puede solicitar una audiencia estatal de la siguiente manera:

(1) Por teléfono: (FAVOR DE TENER A MANO ÉSTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME)

Si usted vive en: El condado de **Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans o Wyoming:**
(716) 852-4868.

Si usted vive en: El condado de **Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne o Yates:** (585) 266-4868

Si usted vive en: El condado de **Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins o Tioga:** (315) 422-4868

Si usted vive en: El condado de **Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Herkimer, Montgomery, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Sullivan, Ulster, Warren, Washington o Westchester:** (518) 474-8781

Si usted vive en: El condado de **Nassau o Suffolk:** (516) 739-4868; ó

(2) Por facsímil: Envíe una copia de esta notificación al número de fax (518) 473-6735 ó

(3) Por computadora: Complete y envíe el formulario electrónico de petición en la siguiente dirección de Internet:

<https://www.otda.state.ny.us/oah/oahforms/erequestform.asp> ó

(4) Por escrito: Envíe una copia de esta notificación **completamente rellena** a: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Favor de quedarse con una copia.

Solicito una audiencia imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque: _____

Nombre (en letra de molde): _____ No. de caso _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole acerca de la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado, un familiar, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). Durante la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrá la oportunidad de presentar pruebas orales y escritas para demostrar la razón por la cual la acción no debe llevarse a cabo, así como también la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca en la audiencia. También, tiene el derecho de presentar testigos que testifiquen en su favor. Se le sugiere presentar en la audiencia documentos tales como: esta notificación, talonarios de pagos salariales, recibos, cuentas médicas, cuentas de calefacción, verificación médica, cartas, etc., que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS: Si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso; continuará recibiendo sus beneficios como siempre hasta que se dé a conocer la decisión de la audiencia imparcial. No obstante, si no se decide a su favor en la decisión de la audiencia imparcial, nos podremos cobrar los beneficios de Asistencia Médica que usted recibió y a los cuales no tenía derecho. Si desea evitar esta situación, marque la casilla abajo indicando que usted no desea continuar recibiendo ayuda y envíe esta página junto con su petición de audiencia. Si usted marca la casilla, la acción descrita arriba será adoptada en la fecha de vigencia indicada arriba.

Estoy de acuerdo que se tome la decisión con respecto a mis beneficios de Asistencia Médica, según se describe en esta notificación, antes de darse a conocer la decisión de la audiencia imparcial.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratis, puede obtener tal ayuda comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o el grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas bajo "Abogados" ("Lawyers") o llamando al número que se indica en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, se le otorga el derecho de examinar el archivo de su caso. Si nos llama por teléfono o nos manda una carta, le proporcionaremos copias gratis de los documentos de su archivo, los mismos que entregaremos al funcionario de audiencias en la audiencia imparcial. Así mismo, si usted nos llama por teléfono o nos manda una carta, le proporcionaremos copias gratis de otros documentos de su archivo que usted considere necesarios al prepararse para la audiencia imparcial. Para solicitar los documentos o para averiguar cómo examinar su archivo, llámenos al número de teléfono para Acceso a archivos que aparece en la parte superior de la página 1 de esta notificación o escríbanos a la dirección impresa en la parte superior de esa misma página.

Si desea copias de los documentos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Se le entregarán en un plazo razonable antes de la fecha de la audiencia. Se le enviarán los documentos por correo solamente si usted específicamente lo solicita.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo examinar su archivo o cómo conseguir copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono indicados al comienzo de la página 1 de esta notificación o escríbanos a la dirección impresa en esa misma página.