

**(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;"> <span style="position: absolute; top: 5px; left: 5px;">┌</span> <span style="position: absolute; top: 5px; right: 5px;">┐</span> <span style="position: absolute; bottom: 5px; left: 5px;">└</span> <span style="position: absolute; bottom: 5px; right: 5px;">┘</span> </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 2005.

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 2005. USTED PUEDE RECIBIR COBERTURA DE MEDICAID EN TODO MES EN EL QUE LA CANTIDAD DE SUS GASTOS MÉDICOS REDUZCAN SU INGRESO AL NIVEL PERMITIDO POR MEDICAID O PAGANDO DIRECTAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO LA CANTIDAD EQUIVALENTE AL INGRESO EXCESIVO MENSUAL.

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 de Medicaid en todo mes en el cual sus facturas médicas (pagadas o pendientes por pagar) igualen o sobrepasen esta cantidad excesiva de ingresos. También, puede hacer pagos a este departamento en todo mes el cual necesite cobertura de paciente externo. Favor de consultar la información adjunta titulada, «Explicación del programa de ingresos excesivos», y «Programa opcional de contribución de pagos».

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, 2.6 Y 4.8.

**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.

*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 CONFERENCIA:** Usted puede tener una conferencia para rever estas medidas. Si desea tal conferencia, debe solicitarla lo antes posible. Si en el transcurso de la conferencia descubrimos que hemos tomado una decisión equivocada o si, en base a la información que usted proporcione, determinamos que debemos cambiar nuestra decisión, realizaremos las correcciones necesarias y le entregaremos una nueva notificación. Puede solicitar una conferencia llamando al número que figura en el anverso de esta notificación o escribiendo a la dirección que figura en la parte superior del anverso de esta notificación. A este número se llama sólo para solicitar conferencias. ***Esta no es la manera en la cual usted debe solicitar una audiencia imparcial.*** Aun cuando usted solicite una conferencia, tiene derecho a una audiencia imparcial. Si desea que continúen sus beneficios sin cambios (asistencia ininterrumpida) hasta que se toma una decisión en la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de una de las maneras a continuación. Lea a continuación para obtener información sobre audiencias imparciales.

**DERECHO A AUDIENCIA IMPARCIAL:** Si usted cree que la medida indicada más arriba es incorrecta, puede solicitar una audiencia imparcial por las siguientes vías:

- 1) **Por teléfono:** Puede llamar a la línea estatal gratuita: 800-342-3334 (TENGA A MANO ESTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME);
- 2) **Por Fax:** Envíe una copia de esta notificación al número de fax: (518) 473-6735;
- 3) **Por Internet:** Complete y envíe el formulario electrónico de solicitud que encontrará en: <https://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp> ;
- 4) **Por escrito:** Complete y envíe todas las partes de esta notificación a: *Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201.* Conserve una copia para sus archivos personales.

Deseo una audiencia imparcial. La determinación de la Agencia fue incorrecta porque: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**

Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le informará por escrito cuándo y dónde se realizará la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo u otra persona, o de representarse a sí mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante, tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué la medida no debe hacerse efectiva, como así también, la oportunidad de interrogar a cualquier persona que comparezca en la audiencia. También tiene el derecho de presentar testigos que puedan avalar su caso. Se le sugiere traer todo documento que tenga, como por ejemplo, esta notificación, comprobantes de pagos salariales, recibos, facturas médicas, cuentas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc. que pueda ser de utilidad en la exposición de su caso. Si necesita un intérprete, infórmele al Estado cuando solicite la audiencia.

**CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS:** Si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de puesta en vigencia indicada en esta notificación, continuará recibiendo sus mismos beneficios hasta que la audiencia imparcial haya dado a conocer su decisión. Sin embargo, si usted pierde en la audiencia imparcial, nosotros podemos recuperar el costo de cualquier beneficio de Asistencia Médica que usted no debería haber recibido. Si desea evitar esta posibilidad, marque el casillero que aparece más abajo, indicando que no desea que su asistencia continúe, e incluya esta página junto con su solicitud de audiencia. Si marca el casillero, la medida descripta anteriormente será tomada en la fecha de puesta en vigencia indicada más arriba.

- Yo estoy de acuerdo en que se tome la medida que afectará mis beneficios de Asistencia Médica, tal como se describe en esta notificación, antes de que se dé a conocer la decisión de la audiencia imparcial.

**ASISTENCIA LEGAL:** Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtenerla poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal local u otra asociación de representación legal. Puede encontrar nombres de otros abogados en las Páginas Amarillas, bajo "Lawyers" (abogados).

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** En preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si nos llama o nos escribe, le proporcionaremos, sin cargo, copias de los documentos contenidos en su expediente, las que también entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si usted nos llama o nos escribe, le enviaremos, sin cargo, copias de otros documentos contenidos en su archivo que usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su expediente, llame al número de teléfono de Acceso a Archivos que figura en la parte superior del anverso de esta notificación o escribanos a la dirección que figura en el mismo lugar.

Si desea obtener copias de documentos contenidos en el expediente de su caso, se le sugiere solicitarlas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso razonable de tiempo, antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted lo solicita específicamente.

**INFORMACIÓN:** Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que figuran en la parte superior del anverso de esta notificación o escribanos a la dirección que figura en el mismo lugar.

**ATENCIÓN:** Es posible que los menores de 19 años de edad no habilitados para recibir Child Health Plus A u otro seguro de salud, puedan reunir las condiciones para el plan de seguro médico Child Health Plus B. Este es un plan de seguro de salud para niños. Para obtener información, llame al 1-800-522-5006.