

**AUTORIZZAZIONE ALL'ASSISTENZA RIABILITATIVA IN CASA DI CURA A BREVE TERMINE**

DATA DI NOTIFICA:		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE		
NUMERO PRATICA:	NUMERO CIN/RID:			
NOME PRATICA (e generalità di chi offre domicilio, se presente) E INDIRIZZO				
		N. TELEFONO GENERALE PER DOMANDE O ASSISTENZA _____		
		-----		
		<b>OPPURE</b> Incontro con agenzia _____		
		Informazioni e assistenza per udienza imparziale _____		
		Accesso agli atti _____		
		Informazioni sull'assistenza legale _____		
N. UFFICIO	N. UNITÀ	MATR. OPERATORE	NOME UNITÀ O OPERATORE	N. TELEFONO

Questo dipartimento ha preso una decisione in merito al suo diritto di ricevere la copertura Medicaid di ASSISTENZA RIABILITATIVA IN CASA DI CURA A BREVE TERMINE. Le inviamo la presente notifica per informarla che questo Dipartimento:

**CONCEDERÀ** la copertura Medicaid per assistenza riabilitativa in casa di cura a breve termine da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

Abbiamo calcolato un contributo di reddito mensile di \$ \_\_\_\_\_ da versare a copertura del costo dell'assistenza per \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e \$ \_\_\_\_\_ da versare a copertura del costo dell'assistenza per \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

Abbiamo calcolato un contributo mensile a copertura del costo dell'assistenza per il periodo/i periodi indicati, come segue:

Il suo reddito mensile netto (reddito lordo meno detrazioni Medicaid) è di \$ \_\_\_\_\_. Il reddito standard ammissibile per un nucleo familiare come il suo è di \$ \_\_\_\_\_. La differenza tra il reddito mensile netto e questo standard è di \$ \_\_\_\_\_ e corrisponde all'importo mensile da versare a copertura del costo dell'assistenza.

**RIFIUTARE** la copertura Medicaid per assistenza riabilitativa in casa di cura a breve termine da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ perché:

\_\_\_\_\_ Ha già usufruito di un ricovero di assistenza riabilitativa in casa di cura a breve termine negli ultimi 12 mesi.

\_\_\_\_\_ Altro: \_\_\_\_\_

Questo rifiuto riguarda solo la copertura dell'assistenza riabilitativa in casa di cura a breve termine. La sua attuale copertura Medicaid rimarrà invariata.

**Se richiede un'assistenza in casa di cura superiore a 29 giorni, informi immediatamente il distretto dei servizi sociali. Provvederemo quindi a esaminare le sue risorse per verificare la sua copertura Medicaid per tali servizi.**

Questa decisione si basa sulle norme 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.8 e sulle sezioni 366 e 366-a(2) della Social Services Law (Legge sui servizi sociali).

*LE NORME STABILISCONO CHE VENGANO COMUNICATE IMMEDIATAMENTE A QUESTO DIPARTIMENTO LE EVENTUALI MODIFICHE A ESIGENZE, RISORSE, SISTEMAZIONE ABITATIVA O INDIRIZZO*

**LEI HA IL DIRITTO DI IMPUGNARE QUESTA DECISIONE  
SI ASSICURI DI LEGGERE IL RETRO DI QUESTA NOTIFICA PER INFORMAZIONI SU COME IMPUGNARE LA DECISIONE**

cc: \_\_\_\_\_  
Denominazione della casa di cura

**DIRITTO A UN INCONTRO:** può richiedere un incontro per rivedere queste azioni. Se desidera un incontro, dovrà farne richiesta il prima possibile. All'incontro, se riconosciamo di aver preso la decisione errata o se, per le informazioni forniteci, stabiliamo di cambiare la nostra decisione, intraprenderemo un'azione correttiva e gliene daremo comunicazione. Potrà richiedere un incontro chiamandoci al numero riportato nella prima pagina di questa notifica oppure inviandoci una richiesta per iscritto all'indirizzo riportato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Questo numero va usato solo per richiedere un incontro. **Non è la procedura per richiedere un'udienza imparziale.** Richiedendo un incontro ha comunque diritto ad ottenere un'udienza imparziale. Se desidera che i sussidi rimangano invariati (assistenza continua) fino all'esito dell'udienza imparziale, deve richiedere un'udienza imparziale nel modo descritto di seguito. Per le informazioni su come richiedere un'udienza imparziale, legga di seguito.

**ACCESSO AL FASCICOLO PERSONALE E ALLE COPIE DEI DOCUMENTI:** per aiutarla a prepararsi per l'udienza, ha il diritto di consultare il fascicolo personale del caso. Se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia dei documenti del suo fascicolo che consegneremo al funzionario incaricato dell'udienza. Inoltre, se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia degli altri documenti del suo fascicolo di cui potrebbe aver bisogno per prepararsi all'udienza imparziale. Se ci contatta telefonicamente o per posta, metteremo inoltre gratuitamente a sua disposizione materiali specifici della polizza di cui necessita per decidere se richiedere un'udienza imparziale o per prepararsi all'udienza. I materiali della polizza che potremmo mettere a sua disposizione comprendono il seguente tipo di documenti: direttive amministrative, messaggi del sistema informativo generale, lettere informative, parti della guida di riferimento Medicaid, newsletter di aggiornamento Medicaid del Department of Health e promemoria del sovrintendente locale. Per richiedere materiali specifici della polizza, documenti o per conoscere la procedura di consultazione del fascicolo, ci contatti al numero telefonico "Accesso agli atti" indicato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Se desidera una copia gratuita dei materiali specifici della polizza o dei documenti del fascicolo personale del caso, dovrà farne richiesta con largo anticipo. Questi le verranno forniti in un tempo ragionevole prima della data fissata per l'udienza. I documenti le saranno spediti per posta soltanto se ne richiede specificamente l'invio.

**DIRITTO A UN'UDIENZA IMPARZIALE:** se ritiene che l'azione intrapresa sia errata, potrà richiedere un'udienza imparziale di Stato:

- 1) **Telefono:** può chiamare il numero verde valido su tutto il territorio dello Stato: 800-342-3334 (TENGA QUESTA NOTIFICA A PORTATA DI MANO AL MOMENTO DELLA CHIAMATA) **OPPURE**
- 2) **Fax:** invii una copia di questa notifica al numero di fax (518) 473-6735; **OPPURE**
- 3) **Online:** compili e invii il modulo di richiesta online disponibile all'indirizzo:  
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **OPPURE**
- 4) **Per posta:** invii una copia **compilata** di questa notifica al seguente indirizzo: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conservi una copia per riferimento.

Desidero un'udienza imparziale. L'azione intrapresa dall'agenzia è errata perché: \_\_\_\_\_

Nome in stampatello: \_\_\_\_\_ Numero pratica \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**HA 60 GIORNI DI TEMPO DALLA DATA DI QUESTA NOTIFICA PER RICHIEDERE UN'UDIENZA IMPARZIALE:** se richiede un'udienza imparziale, lo Stato le invierà una notifica contenente la data e l'ora dell'udienza. Ha il diritto di essere rappresentato/a da un consulente legale, un parente, un amico/a o un'altra persona, oppure di rappresentarsi da solo/a. All'udienza lei, il suo legale o altro rappresentante avrà l'opportunità di presentare prove documentali e orali con cui dimostrare i motivi per cui l'azione non andrebbe intrapresa, nonché l'opportunità di rivolgere domande a chiunque sia chiamato in udienza. Ha inoltre il diritto di presentare testimoni per deporre a suo favore. All'udienza dovrà portare ogni documento che possa essere utile alla presentazione del suo caso, come la presente notifica, buste paga, ricevute, fatture sanitarie, spese di riscaldamento, accertamenti medici, lettere ecc.

**ASSISTENZA LEGALE:** se ha bisogno di assistenza legale gratuita, potrà ottenerla contattando la Legal Aid Society (Società per il patrocinio legale gratuito) locale o altro ente di patrocinio legale gratuito. Può trovare l'ufficio Legal Aid Society o l'ente di patrocinio legale più vicino cercando nelle Pagine Gialle alla voce "Lawyers" oppure chiamando il numero indicato nella prima pagina di questa notifica.

**INFORMAZIONI:** se desidera ulteriori informazioni sul suo caso, sulle modalità per richiedere un'udienza imparziale, consultare il fascicolo personale oppure ottenere ulteriori copie di documenti, ci chiami ai numeri di telefono riportati nella parte superiore della prima pagina di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica.

**ATTENZIONE:** i minori di 19 anni d'età che non hanno diritto a iscriversi a Medicaid o ad altri programmi di assicurazione sanitaria potrebbero avere diritto a iscriversi al programma di assicurazione sanitaria Child Health Plus. Questo piano fornisce assistenza sanitaria per minori. Per informazioni, chiami il numero 1-800-698-4543.