

**AVISO DE ACEPTACIÓN DE SU SOLICITUD DE MEDICAID
(Cobertura en la comunidad sin atención a largo plazo)**

FECHA DEL AVISO:		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/DEL CENTRO O DE LA OFICINA DEL DISTRITO	
NÚMERO DE CASO:		NÚMERO DE CIN:			
NOMBRE DEL CASO (y nombre de la persona a quien va dirigida la correspondencia si estuviera presente) Y DIRECCIÓN					
				N.º DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____	

				<input type="radio"/> Reunión con la agencia _____	
				Información y asistencia para la audiencia imparcial _____	
				Acceso a los registros _____	
				Información de asistencia legal _____	
N.º DE OFICINA	N.º DE UNIDAD	N.º DE TRABAJADOR	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR	N.º DE TELÉFONO	

Le enviamos este aviso para informarle que este Departamento **ACEPTARÁ** la solicitud de Medicaid con fecha _____ para los nombres _____ para recibir cobertura en la comunidad de Medicaid sin atención a largo plazo. El motivo de esta decisión es el siguiente:

- Debido a que usted solicitó que determinemos su elegibilidad de Medicaid para recibir los servicios de cobertura en la comunidad de Medicaid sin atención a largo plazo, no hemos revisado sus recursos y usted **NO** tendrá cobertura para los siguientes servicios de atención a largo plazo:

Servicios en un hogar de ancianos: atención en un hogar de ancianos proporcionada en un hospital, centro de cuidados paliativos en un hogar de ancianos, atención en un hogar de ancianos que no sea rehabilitación a corto plazo, servicios en un centro de atención intermedia y atención administrada a largo plazo en un hogar de ancianos.

Servicios comunitarios de atención a largo plazo: Atención médica diurna para adultos, atención médica certificada en el hogar que no sea rehabilitación a corto plazo, centro de cuidados paliativos en la comunidad, servicios en un centro de tratamiento residencial, servicios de atención personal, programa de vivienda asistida, atención administrada a largo plazo en la comunidad, atención en el hogar autorizada limitada, enfermería privada, servicios personales de respuesta en caso de emergencias, programa de asistencia personal dirigida por el consumidor y la renuncia a este, y otros servicios proporcionados a través del Long Term Home Health Care Program (Programa de atención médica en el hogar a largo plazo), Traumatic Brain Injury Waiver Program (Programa de exención en caso de lesiones cerebrales traumáticas), Care at Home Waiver Program (Programa de exención para atención en el hogar), Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities Home and Community-Based Waiver Program (Programa de exención para atención comunitaria y en el hogar de la Oficina de Retraso Mental y Discapacidades del Desarrollo) y el Office of Mental Health Waiver Program (Programa de exención de la Oficina de Salud Mental).

- Usted solicitó que determinemos su elegibilidad de Medicaid para recibir toda la atención y los servicios cubiertos, que incluyen la atención comunitaria a largo plazo, pero usted no proporcionó comprobantes de sus recursos. No verificó lo siguiente:

Debido a que no proporcionó comprobantes de sus recursos, no tendrá cobertura para los servicios de atención a largo plazo mencionados anteriormente.

- EXCESO DE INGRESOS/RECURSOS**

Consulte el aviso OHIP-0099 adjunto: Aviso de la decisión sobre su solicitud de Medicaid (exceso de ingresos/recursos).

NOTA: Si existen otros factores que afectan su cobertura de Medicaid, se adjuntará un aviso por separado.

Revise la información del programa Medical Assistance Utilization Threshold (Límite de utilización de la asistencia médica), que podrá encontrar en la sección Asistencia médica del cuadernillo "LDSS-4148B: Lo que debe saber sobre los programas de Servicios Sociales". Esta información explica las limitaciones de los servicios. El cuadernillo LDSS-4148B se le proporcionó a usted cuando solicitó asistencia.

Si presentó facturas médicas pagadas para recibir un reembolso directo, se le notificará nuestra decisión por separado.

Si necesita servicios de atención comunitaria a largo plazo o en un hogar de ancianos, notifique de inmediato al distrito de servicios sociales. Entonces, haremos los arreglos necesarios para revisar los comprobantes de sus recursos a fin de saber si usted es elegible para recibir cobertura de Medicaid para estos servicios.

Esta decisión se basa en 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 y 360-4.8, y en la Sección 366-a(2) de la Social Services Law (Ley de Servicios Sociales).

Hemos adjuntado una hoja de trabajo con el presupuesto para que usted pueda ver cómo determinamos la elegibilidad para recibir los beneficios.

LOS REGLAMENTOS REQUIEREN QUE USTED NOTIFIQUE DE INMEDIATO A ESTE DEPARTAMENTO CUALQUIER CAMBIO EN SUS NECESIDADES, RECURSOS, ARREGLOS DE VIVIENDA O DIRECCIÓN.

**USTED TIENE DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTE AVISO PARA SABER CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

DERECHO A UNA REUNIÓN: Usted puede tener una reunión para revisar estas medidas. Si desea una reunión, debe solicitar una lo más pronto posible. En la reunión, si descubrimos que hemos tomado la decisión equivocada o si, debido a la información que usted proporcione, decidimos cambiar nuestra decisión, tomaremos medidas correctivas y le daremos un nuevo aviso. Usted puede solicitar una reunión. Para hacerlo, puede llamarnos al número que aparece en la primera página de este aviso o enviarnos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de este aviso. Este número solo se utiliza para solicitar una reunión. ***Esta no es la forma en que se solicita una audiencia imparcial.*** Si solicita una reunión, aún tiene derecho a una audiencia imparcial. Si desea que sus beneficios continúen sin cambios (ayuda continua) hasta que obtenga una decisión de la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de la manera en que se describe a continuación. Lea a continuación la información acerca de la audiencia imparcial.

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y A COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarlo a prepararse para la audiencia, tiene derecho a ver el expediente de su caso. Si nos llama o escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de su expediente, las que le daremos al oficial de la audiencia en la audiencia imparcial. Además, si nos llama o escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted considere necesarios a fin de prepararse para su audiencia imparcial. Si nos llama o escribe, también pondremos a su disposición, sin costo alguno, los materiales de política específicos necesarios para que usted decida si desea solicitar una audiencia imparcial o para prepararse para la audiencia. Los materiales de política que pueden estar disponibles para usted incluyen documentos como: Directivas administrativas, mensajes del sistema de información general, cartas informativas, partes de la guía de referencia de Medicaid, boletines actualizados del Departamento de Salud sobre Medicaid y memorandos del comisionado local. Para solicitar documentos de política específicos o para informarse sobre cómo ver su expediente, comuníquese con nosotros al número de teléfono de acceso a los registros que aparece en la parte superior del frente de este aviso o escribanos a la dirección impresa en la parte superior del frente de este aviso. Si desea copias gratuitas de materiales de política específicos o de los documentos del expediente de su caso, pídalas con anticipación. Estas se le proporcionarán dentro de un tiempo razonable, antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán por correo solo si específicamente lo solicita.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted cree que la decisión anterior es incorrecta, puede solicitar una audiencia imparcial del Estado a través de cualquiera de los siguientes medios:

- 1) **Teléfono:** puede llamar al número telefónico estatal gratuito: 800-342-3334 (DEBE TENER ESTE AVISO CON USTED CUANDO LLAME) **O**
- 2) **Fax:** envíe una copia de este aviso al número de fax (518) 473-6735;
- 3) **En línea:** complete y envíe el formulario de solicitud en línea en: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>;
- 4) **Por escrito:** envíe una copia de este aviso **completada** 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 usted.

Deseo una audiencia imparcial. La medida que tomó la Agencia no es la correcta debido a lo siguiente: _____

Nombre en letra de molde: _____ Número de caso _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará un aviso en el que figurará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene derecho a que lo represente un abogado, un pariente, un amigo u otra persona, o puede representarse usted mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia por escrito y de forma oral para demostrar por qué no debe tomarse la medida, así como la oportunidad de interrogar a cualquier persona que comparezca en la audiencia. Además, usted tiene derecho a presentar testigos que declaren en su favor. Debe llevar a la audiencia cualquier documento, como este aviso, recibos de pago de salario, recibos, facturas médicas, facturas por servicios de calefacción, documentos de verificación médica, cartas, etc., que puedan ser útiles en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtener dicha asistencia al comunicarse con su Legal Aid Society (Sociedad de Ayuda Legal) local o con algún otro grupo de defensa legal. Puede localizar la Legal Aid Society más cercana o la asociación de defensoría legal en las Yellow Pages (Páginas Amarillas), en "Lawyers" (Abogados), o puede llamar al número indicado en la primera página de este aviso.

INFORMACIÓN: Si desea obtener más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo ver su expediente o cómo obtener copias adicionales de los documentos, llámenos a los números de teléfono indicados en la parte superior de la página 1 de este aviso o escribanos a la dirección impresa en la parte superior de la página 1 de este aviso.

ATENCIÓN: Los niños menores de 19 años que no son elegibles para recibir Medicaid u otro seguro de salud pueden ser elegibles para el plan del seguro de salud Child Health Plus para niños. El plan proporciona seguro de atención médica para niños. Para obtener información, llame al 1-800-698-4543.