

医疗援助变更为  
过渡性医疗援助保险的意向通知书

通知日期：	生效日期：	机构/中心或地区办公室的名称及地址		
个案编号	CIN/RID 号码			
个案名称（及转交人姓名，如有）和地址				
		用于咨询问题或寻求帮助的通用 电话号码 _____		
		<b>或者</b> 机构调解会 _____		
		公平听证会信息 和援助 _____		
		记录查询 _____		
		法律援助信息 _____		
办公室编号	部门编号	工作人员编号	部门名称或工作人员姓名	电话号码

只要您是年龄 **21** 岁以下且与您生活在一起的受抚养子女的看护人亲属，您的 **Medicaid** 保险将继续享受过渡性医疗援助**12** 个月，直至 \_\_\_\_\_。

由于收入增加、找到新工作或者失去租金延涨福利，因此您的收入（减去 **Medicaid** 扣除额，包括子女抚养费）超过家庭援助 收入限额。

在接受过渡性医疗援助时，如果您失业、不再有年龄 **21** 岁以下且与您生活在一起或者已搬走的受抚养子女，您必须通知我们。如果您有健康保险或者有可用的健康保险，请与我们联系。我们可能可以支付您的健康保险保费。

如有任何疑问，请致电工作人员。

本决定的依据是法规 **18 NYCRR 360-3.3(c)**。

*法规要求您当您的需求、收入、资源、居住方式或地址发生任何  
变更时应立即告知本部门*

**您有权对上述决定提出上诉  
请确保阅读本通知书背面提供的对本决定提出上诉的方法**

