

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЛАНИРУЕМОМ ИЗМЕНЕНИИ ПОКРЫТИЯ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОДДЕРЖКИ НА ПЕРЕХОДНОЕ ПОКРЫТИЕ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОДДЕРЖКИ

ДАТА УВЕДОМЛЕНИЯ:	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:	НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ/ЦЕНТРА ИЛИ РАЙОННОГО ОФИСА		
НОМЕР ДЕЛА	НОМЕР CIN/RID			
ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА (и имя адресата, если есть)				
		ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ОБРАЩЕНИЙ С ВОПРОСАМИ ИЛИ ЗА ПОМОЩЬЮ _____		
		ИЛИ за собеседованием в учреждении _____		
		за информацией об объективном разбирательстве и помощью _____		
		за доступом к материалам _____		
		за информацией о юридической помощи _____		
ОФИС №	ОТДЕЛЕНИЕ №	СОТРУДНИК №	НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Ваша страховка Medicaid продолжит действовать как переходное покрытие по Программе медицинской поддержки в течение 12 месяцев до _____, пока вы будете являться опекуном проживающего с вами иждивенца, не достигшего 21-летнего возраста.

Это произошло потому, что сумма вашего дохода (исключая вычеты Medicaid и алименты на содержание детей) превышает лимит дохода, при котором семья вправе получать семейное пособие, из-за увеличения вашего заработка, трудоустройства или учета статей трудового дохода, которые ранее не учитывались.

Получая переходное покрытие по программе медицинской поддержки, вы должны сообщить нам, если потеряете работу, переедете или иждивенец младше 21 года перестанет с вами жить. Если у вас есть медицинская страховка, или если она у вас появится, просьба сообщить нам об этом. Мы, возможно, можем оплачивать ваши страховые взносы.

С любыми вопросами обращайтесь к своему социальному работнику.

Данное решение принято на основании 18 NYCRR (Свода законов и правил штата Нью-Йорк), раздел 360–3.3(c).

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ДАННОГО ДЕПАРТАМЕНТА ОБО ВСЕХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОТРЕБНОСТЕЙ, ДОХОДА, РЕСУРСОВ, ЖИЛИЩНЫХ УСЛОВИЙ ИЛИ АДРЕСА

**ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНФОРМАЦИЕЙ НА ОБОРОТНОЙ СТОРОНЕ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ,
ЧТОБЫ УЗНАТЬ, КАК ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ**

