

**PREAVISO DE REANUDACIÓN DE COBERTURA Y CONTINUACIÓN DE COBERTURA
ININTERRUMPIDA DE MEDICAID/FAMILY HEALTH PLUS / PROGRAMA DE ASISTENCIA CON
PAGO DE PRIMAS DE FAMILY HEALTH PLUS / PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:			NOMBRE Y DIRECCIÓN DE AGENCIA/CENTRO O DISTRITO		
NÚMERO DE CASO:		NÚMERO CIN/RID			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo si está presente) Y DOMICILIO					
			NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____		

			Conferencia con la Agencia _____		
			Audiencias Imparciales Información y Asistencia _____		
			Acceso a los Archivos _____		
			Información sobre Asesoramiento Legal _____		
Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	Nº DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD TRABAJADOR(A) DE CASOS	Nº DE TELÉFONO	

Reanudaremos la cobertura de Medicaid / Family Health Plus / Programa de Asistencia con Pago de Primas de Family Health Plus / Programa de Planificación Familiar, a partir del _____ para:

(Nombre) _____ Nº de I.D. del Cliente _____

(Nombre) _____ Nº de I.D. del Cliente _____

(Nombre) _____ Nº de I.D. del Cliente _____

(Nombre) _____ Nº de I.D. del Cliente _____

Ello se debe a que incorrectamente suspendimos su cobertura de Medicaid / Family Health Plus / Programa de Asistencia con Pago de Primas de Family Health Plus / Programa de Planificación Familiar, por no haber regresado la documentación de renovación o documentación exigida. Usted podría habilitar para recibir reembolso de gastos médicos incurridos como resultado de la suspensión. Comuníquese con su trabajador social de Medicaid si tiene facturas médicas pagas o impagas.

Información importante para los afiliados del Programa de Family Health Plus

Las personas que estaban inscritas en el plan de Family Health Plus permanecerán inscritas en el mismo plan. Si tiene preguntas sobre su inscripción en el plan de salud, llame a la unidad de cuidados dirigidos de la oficina local de distrito de servicios sociales.

Información importante para los afiliados del Programa de Asistencia con Pago de Primas de Family Health Plus

Las personas que están afiliadas a un plan económico de seguro de salud patrocinado por el empleador continuarán participando en el Programa de Asistencia con Pago de Primas de Family Health Plus. El programa de Family Health Plus – Asistencia con Pago de Primas, pagará las primas de seguro de salud comenzando con la fecha de vigencia indicada anteriormente.

Información importante para los afiliados a Cuidados Dirigidos de Medicaid

Las personas que estaban inscritas en un plan de cuidados dirigidos, continuarán en dicho plan. Si necesita atención de salud antes de la fecha de inscripción, tendrá que presentar a la clínica o consultorio médico que acepte Medicaid, la Tarjeta de Identificación de Beneficios del Estado de Nueva York. Si tiene preguntas sobre su inscripción en el plan de salud, llame a la unidad de cuidados dirigidos del distrito local de servicios sociales.

Esta decisión se basa en Reglamentación 18 NYCRR 360-7.5(a)(3) & (4) y las Secciones 366 y 369-ee de la Ley de Servicios Sociales.

LAS REGULACIONES VIGENTES EXIGEN QUE USTED NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO
SOBRE TODO CAMBIO EN NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, SITUACIÓN DE VIVIENDA O DOMICILIO

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN
LEA EL DORSO DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: usted puede solicitar una conferencia para examinar la decisión tomada. Si desea solicitar una conferencia, hágalo lo más pronto posible. Si en la conferencia nos percatamos que nuestra decisión es incorrecta; o si según la información que usted nos brinde, decidimos modificar la decisión tomada, tomaremos la medida correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Puede solicitar una conferencia llamando al número de teléfono que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una carta a la dirección que aparece en la primera página de esta notificación. Ese número es solamente para solicitar una conferencia **y no es la manera de solicitar una audiencia imparcial**. Tiene derecho a una audiencia imparcial aunque solicite una conferencia. Lea la siguiente información sobre audiencias imparciales.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: si usted cree que la decisión descrita anteriormente es incorrecta, puede solicitar una audiencia estatal imparcial de las siguientes maneras:

- 1) **Por teléfono:** llame al número de teléfono estatal libre de cargos: 800 -342-3334 (FAVOR DE TENER 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:** rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>
- 4) **Por escrito:** rellene este aviso en su **totalidad** y envíe una copia a: *Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201*. Favor de quedarse con una copia.

Deseo una audiencia imparcial. La decisión de la agencia es incorrecta porque:

Nombre (letra de imprenta): _____ Número de Caso: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

USTED TIENE 60 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole dónde y cuándo se llevará a cabo la audiencia. Usted tiene derecho a ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo(a) u otra persona, o de representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué no se debe tomar la medida, como también la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca a la audiencia. Además, usted tiene el derecho de presentar testigos que avalen su caso. Le sugerimos traer consigo todo documento pertinente que avale su caso, tales como esta notificación, talonarios de cheques de pago, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc.

ASISTENCIA LEGAL: si necesita asesoría legal gratuita, podría obtenerla llamando al número local de la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal. Puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal en las Páginas Amarillas del directorio telefónico, bajo «*Lawyers*» (abogados) o llamando al número que aparece en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: en preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos copias gratis de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe, le brindaremos copias gratis de otros documentos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al número de teléfono de Acceso a Archivos que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación, o mande una carta a la dirección indicada en la primera página de esta notificación.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

INFORMACIÓN: si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en la primera página de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en la parte superior de esta notificación.

ATENCIÓN: los menores de 19 años que no reúnan los requisitos de Medicaid o de otro seguro de salud podrían reunir los requisitos del seguro de salud Child Health Plus (CHPlus). El plan brinda seguro de salud para niños. Si desea información llame al 1-800-698-4543.