

**AVISO DE INTENCIÓN DE CAMBIO DE COBERTURA DE MEDICAID  
(BENEFICIARIO DE ALTA DE UN HOGAR PARA ADULTOS; ELEGIBLE PARA RECIBIR  
INGRESO ESPECIAL ESTÁNDAR PARA LOS GASTOS DE VIVIENDA)**

AVISO FECHA:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO		
NÚMERO DE CASO	NÚMERO DE CIN/RID			
NOMBRE DEL CASO (y persona a cargo, si está presente) Y DIRECCIÓN				
		N.º DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA _____		
		-----		
		<input type="radio"/> Conferencia de la agencia _____		
		Información de audiencia imparcial y asistencia _____		
		Acceso a registros _____		
		Información de asistencia legal _____		
N.º DE OFICINA	N.º DE UNIDAD	N.º DE TRABAJADOR	NOMBRE DEL TRABAJADOR O DE LA UNIDAD	N.º DE TELÉFONO

Esta carta es para informarle que volvimos a calcular su elegibilidad para el programa de Medicaid con vigencia el \_\_\_\_\_ para nombre(s) \_\_\_\_\_.

Esto se debe a que se le dio de alta de un hogar para adultos en la comunidad y tiene derecho a un ingreso especial estándar para ayudarle con los gastos de vivienda.

- Usted es elegible para recibir toda la cobertura de atención y servicios de Medicaid. Su ingreso bruto de \$ \_\_\_\_\_ está en o por debajo del ingreso límite permitido de Medicaid de \$ \_\_\_\_\_ más el ingreso especial estándar de \$ \_\_\_\_\_.
- Usted es elegible para cobertura comunitaria con la atención a largo plazo basada en la comunidad. Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid ) de \$ \_\_\_\_\_ está en o por debajo de \$ \_\_\_\_\_ que el ingreso límite permitido de Medicaid para el ingreso especial estándar.
- Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid ) de \$ \_\_\_\_\_ está por encima de \$ \_\_\_\_\_ que es el ingreso límite permitido de Medicaid con el ingreso especial estándar. Este monto por encima del monto total del ingreso límite de Medicaid con el ingreso especial estándar se conoce como exceso en el ingreso o spenddown. El monto de su exceso de ingreso mensual es de \$ \_\_\_\_\_. Su monto de exceso de ingreso de seis meses es de \$ \_\_\_\_\_. Esto significa que usted tendrá que presentar facturas medicas pagadas o pendientes por pagar que el seguro no cubra y que igualen o sobrepasen la cantidad mensual de su ingreso excesivo para reunir el requisito y podersele pagar por todo gasto medico, comprendido dentro del plan, por cuidados de paciente externo.

Lea el adjunto "Explanation of the Excess Income Program" y "Optional Pay-In Program".

Adjuntamos una planilla de presupuesto para que pueda saber cómo determinamos su elegibilidad. Si necesita ayuda, comuníquese con su distrito de servicios sociales al número de teléfono que se indica arriba.

Si empieza a recibir servicios de un centro de enfermería, notifíquelo de inmediato a su distrito de servicios sociales. Revisaremos su elegibilidad para la cobertura de Medicaid para estos servicios.

Esta decisión está basada en la Ley de Servicios Sociales, Secciones 366(1)(b) y 366(14).

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

**USTED TIENE DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN  
ASEGÚRESE DE LEER LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE AVISO SOBRE 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 escríbanos 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 escríbanos 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.