

**NOTIFICA DELLA DECISIONE RELATIVA ALLA DOMANDA DI ADESIONE A MEDICAID
(Reddito/risorse in eccesso)**

DATA DI NOTIFICA:		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE		
NUMERO DI PRATICA	NUMERO CIN			
NOME PRATICA (e generalità di chi offre domicilio, se presente) E INDIRIZZO				
		N. TELEFONO GENERALE PER DOMANDE O ASSISTENZA _____		
		OPPURE Incontro con agenzia _____		
		Informazioni e assistenza per udienza imparziale _____		
		Accesso agli atti _____		
		Informazioni sull'assistenza legale _____		
N. UFFICIO	N. UNITÀ	MATR. OPERATORE	NOME UNITÀ O OPERATORE	N. TELEFONO

Questo dipartimento ha preso una decisione relativa alla sua idoneità a ricevere la copertura Medicaid con l'EXCESS INCOME/RESOURCES PROGRAM.

Il REDDITO totale lordo mensile è pari a \$ _____. Le detrazioni totali mensili sono pari a \$ _____. La differenza tra questi importi costituisce il reddito mensile netto. Tale importo è pari a \$ _____. Il reddito standard ammissibile per un nucleo familiare come il suo è di \$ _____. La differenza tra il reddito netto mensile e questo standard (\$ _____) costituisce l'importo dello "spend-down" o del reddito in eccesso mensile. Il reddito in eccesso per sei mesi è pari a \$ _____. Le risorse totali ammontano a _____. Il livello ammissibile è pari a _____. La differenza _____ costituisce le sue risorse in eccesso. La determinazione delle risorse in eccesso comprende le informazioni ricevute tramite riscontri informatici con istituti bancari. Se ritiene che l'importo delle risorse in eccesso sia errato, deve contattare immediatamente l'agenzia, non più tardi di 30 giorni dalla data di questa notifica.

IN BASE AI SUDETTI CALCOLI, QUESTO DIPARTIMENTO:

ACCETTERÀ la domanda di adesione datata _____ per il nominativo/i nominativi _____

_____ con una condizione di "SPEND-DOWN" per:

- Solo cure mediche ambulatoriali** - Le sono state riconosciute spese mediche sostenute o non sostenute pari a \$ _____, reddito e/o risorse in eccesso per il mese/i mesi di _____. Il programma Medicaid coprirà le spese ambulatoriali coperte che superano lo "spend-down" mensile relativo al mese/ai mesi indicati. I richiedenti sopra indicati possono diventare idonei alla copertura Medicaid per le cure e i servizi ambulatoriali in qualsiasi mese mediante l'invio a questo dipartimento di fatture e ricevute relative a spese mediche pari all'importo di "spend-down" mensile sopraindicato o il pagamento di un importo equivalente all'importo di "spend-down" direttamente al dipartimento.
- Cure mediche ambulatoriali e cure mediche ospedaliere con ricovero** (tutte le cure e i servizi coperti) - Le sono state riconosciute spese mediche sostenute o non sostenute pari a \$ _____ (le risorse e/o il reddito in eccesso per il periodo di sei mesi da _____ a _____). Il programma Medicaid pagherà tutte le spese mediche coperte aggiuntive sostenute durante questo periodo.
- Le sono state riconosciute spese mediche sostenute o non sostenute pari all'importo delle sue risorse in eccesso. Lei prevede di compensare l'importo del reddito in eccesso su base mensile e/o semestrale. Dopo la presentazione delle fatture e/o ricevute per spese mediche al dipartimento per l'importo appropriato, i soggetti idonei riceveranno la copertura Medicaid corrispondente.

RIFIUTERÀ la domanda di adesione datata _____ per il nominativo/i nominativi _____.

- Nella sua domanda lei ha indicato che il richiedente/i richiedenti non presenta/non presentano fatture mediche non pagate né fatture mediche pagate per servizi ricevuti entro tre mesi prima del mese della domanda di adesione uguale o superiore allo "spend-down" e/o alle risorse in eccesso mensili e il richiedente/i richiedenti non prevedono di ricevere fatture di tale importo. In caso di cambiamenti della situazione o variazioni del valore delle risorse, lei può ripresentare la domanda di adesione.
- Non abbiamo ricevuto alcuna documentazione relativa al suo utilizzo di risorse in eccesso mediante la costituzione o l'aggiunta di un fondo per le spese funebri.

Questa decisione si basa sulla norma 18 NYCRR 360-4.8 e Sezione 366-2(b) della Social Services Law (Legge sui servizi sociali). Nei prospetti di bilancio allegati vengono spiegati tali calcoli.

LA PREGHIAMO DI LEGGERE LE SPIEGAZIONI ALLEGATE RELATIVE AGLI EXCESS INCOME E/O RESOURCE PROGRAM. SE LA DOMANDA DI ADESIONE È STATA ACCETTATA E I SOGGETTI IDONEI NON DISPONGONO GIÀ DI UNA TESSERA IDENTIFICATIVA DI ASSISTENZA MEDICA VALIDA E HANNO DIRITTO A RICEVERNE UNA, NE VERRÀ INVIATA LORO UNA ENTRO 15 GIORNI.

LE NORME STABILISCONO CHE VENGANO COMUNICATE IMMEDIATAMENTE A QUESTO DIPARTIMENTO EVENTUALI VARIAZIONI DI CONDIZIONI ECONOMICHE, REDDITO, RISORSE, SISTEMAZIONE ABITATIVA O INDIRIZZO.

LEI HA IL DIRITTO DI IMPUGNARE QUESTA DECISIONE SI ASSICURI DI LEGGERE IL RETRO DI QUESTA NOTIFICA PER INFORMAZIONI SU COME IMPUGNARE LA DECISIONE

DIRITTO A UN INCONTRO: può richiedere un incontro per rivedere queste azioni. Se desidera un incontro, dovrà farne richiesta il prima possibile. All'incontro, se riconosciamo di aver preso la decisione errata o se, per le informazioni forniteci, stabiliamo di cambiare la nostra decisione, intraprenderemo un'azione correttiva e gliene daremo comunicazione. Potrà richiedere un incontro chiamandoci al numero riportato nella prima pagina di questa notifica oppure inviandoci una richiesta per iscritto all'indirizzo riportato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Questo numero va usato solo per richiedere un incontro. **Non è la procedura per richiedere un'udienza imparziale.** Richiedendo un incontro ha comunque diritto ad ottenere un'udienza imparziale. Se desidera che i sussidi rimangano invariati (assistenza continua) fino all'esito dell'udienza imparziale, deve richiedere un'udienza imparziale nel modo descritto di seguito. Per le informazioni su come richiedere un'udienza imparziale, legga di seguito.

ACCESSO AL FASCICOLO PERSONALE E ALLE COPIE DEI DOCUMENTI: per aiutarla a prepararsi per l'udienza, ha il diritto di consultare il fascicolo personale del caso. Se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia dei documenti del suo fascicolo che consegneremo al funzionario incaricato dell'udienza. Inoltre, se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia degli altri documenti del suo fascicolo di cui potrebbe aver bisogno per prepararsi all'udienza imparziale. Se ci contatta telefonicamente o per posta, metteremo inoltre gratuitamente a sua disposizione materiali specifici della polizza di cui necessita per decidere se richiedere un'udienza imparziale o per prepararsi all'udienza. I materiali della polizza che potremmo mettere a sua disposizione comprendono il seguente tipo di documenti: direttive amministrative, messaggi del sistema informativo generale, lettere informative, parti della guida di riferimento Medicaid, newsletter di aggiornamento Medicaid del Department of Health e promemoria del sovrintendente locale. Per richiedere materiali specifici della polizza, documenti o per conoscere la procedura di consultazione del fascicolo, ci contatti al numero telefonico "Accesso agli atti" indicato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Se desidera una copia gratuita dei materiali specifici della polizza o dei documenti del fascicolo personale del caso, dovrà farne richiesta con largo anticipo. Questi le verranno forniti in un tempo ragionevole prima della data fissata per l'udienza. I documenti le saranno spediti per posta soltanto se ne richiede specificamente l'invio.

DIRITTO A UN'UDIENZA IMPARZIALE: se ritiene che l'azione intrapresa sia errata, potrà richiedere un'udienza imparziale di Stato:

- 1) **Telefono:** può chiamare il numero verde valido su tutto il territorio dello Stato: 800-342-3334 (TENGA QUESTA NOTIFICA A PORTATA DI MANO AL MOMENTO DELLA CHIAMATA) **OPPURE**
- 2) **Fax:** invii una copia di questa notifica al numero di fax (518) 473-6735; **OPPURE**
- 3) **Online:** compili e invii il modulo di richiesta online disponibile all'indirizzo:
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **OPPURE**
- 4) **Per posta:** invii una copia **compilata** di questa notifica al seguente indirizzo: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conservi una copia per riferimento.

Desidero un'udienza imparziale. L'azione intrapresa dall'agenzia è errata perché: _____

Nome in stampatello: _____ Numero pratica _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

Firma del cliente: _____ Data: _____

HA 60 GIORNI DI TEMPO DALLA DATA DI QUESTA NOTIFICA PER RICHIEDERE UN'UDIENZA IMPARZIALE: se richiede un'udienza imparziale, lo Stato le invierà una notifica contenente la data e l'ora dell'udienza. Ha il diritto di essere rappresentato/a da un consulente legale, un parente, un amico/a o un'altra persona, oppure di rappresentarsi da solo/a. All'udienza lei, il suo legale o altro rappresentante avrà l'opportunità di presentare prove documentali e orali con cui dimostrare i motivi per cui l'azione non andrebbe intrapresa, nonché l'opportunità di rivolgere domande a chiunque sia chiamato in udienza. Ha inoltre il diritto di presentare testimoni per deporre a suo favore. All'udienza dovrà portare ogni documento che possa essere utile alla presentazione del suo caso, come la presente notifica, buste paga, ricevute, fatture sanitarie, spese di riscaldamento, accertamenti medici, lettere ecc.

ASSISTENZA LEGALE: se ha bisogno di assistenza legale gratuita, potrà ottenerla contattando la Legal Aid Society (Società per il patrocinio legale gratuito) locale o altro ente di patrocinio legale gratuito. Può trovare l'ufficio Legal Aid Society o l'ente di patrocinio legale più vicino cercando nelle Pagine Gialle alla voce "Lawyers" oppure chiamando il numero indicato nella prima pagina di questa notifica.

INFORMAZIONI: se desidera ulteriori informazioni sul suo caso, sulle modalità per richiedere un'udienza imparziale, consultare il fascicolo personale oppure ottenere ulteriori copie di documenti, ci chiami ai numeri di telefono riportati nella parte superiore della prima pagina di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica.

ATTENZIONE: i minori di 19 anni d'età che non hanno diritto a iscriversi a Medicaid o ad altri programmi di assicurazione sanitaria potrebbero avere diritto a iscriversi al programma di assicurazione sanitaria Child Health Plus. Questo piano fornisce assistenza sanitaria per minori. Per informazioni, chiami il numero 1-800-698-4543.