

建立长期护理责任意向通知书

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 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其中通用电话号码 _____
		或者 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
-------	------	--------	-------------	------

本卫生署就已被确定永久身处医疗机构的以上人员在 Medicaid 计划之下的资格做出了决定。(如果该人员之前享受过完全 Medicaid 保险或自付金额为 _____ 美元的 Medicaid 保险, 则针对机构费用所需分担额解释如下。)

申请日期: _____
 入院日期: _____
 长期护理状态日期: _____

我们计算出针对该人员在所示期间护理费用的总月度分担额, 具体如下:

收入

从 _____ 到 _____ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>月收入总额</td><td style="text-align: right;">美元 _____</td></tr> <tr><td>扣除额</td><td style="text-align: right;">- _____</td></tr> <tr><td>收入补贴 (医疗援助水平)</td><td style="text-align: right;">- _____</td></tr> <tr><td>配偶分担额</td><td style="text-align: right;">- _____</td></tr> <tr><td>家庭成员补贴, 或者受抚养家庭成员</td><td style="text-align: right;">- _____</td></tr> <tr><td>医疗/治疗护理费用</td><td style="text-align: right;">- _____</td></tr> <tr><td>剩余可用月收入</td><td style="text-align: right;">= _____</td></tr> <tr><td>配偶分担额</td><td style="text-align: right;">+ _____</td></tr> <tr><td>总收入分担额 - 每月</td><td style="text-align: right;">美元 _____</td></tr> </table> 收款人: _____	月收入总额	美元 _____	扣除额	- _____	收入补贴 (医疗援助水平)	- _____	配偶分担额	- _____	家庭成员补贴, 或者受抚养家庭成员	- _____	医疗/治疗护理费用	- _____	剩余可用月收入	= _____	配偶分担额	+ _____	总收入分担额 - 每月	美元 _____	从 _____ 到 _____ <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>月收入总额</td><td style="text-align: right;">美元 _____</td></tr> <tr><td>扣除额</td><td style="text-align: right;">- _____</td></tr> <tr><td>收入补贴 (个人需求水平)</td><td style="text-align: right;">- _____</td></tr> <tr><td>配偶分担额</td><td style="text-align: right;">- _____</td></tr> <tr><td>家庭成员补贴或受抚养家庭成员</td><td style="text-align: right;">- _____</td></tr> <tr><td>医疗/治疗护理费用</td><td style="text-align: right;">- _____</td></tr> <tr><td>剩余可用月收入</td><td style="text-align: right;">= _____</td></tr> <tr><td>配偶分担额</td><td style="text-align: right;">+ _____</td></tr> <tr><td>总收入分担额 - 每月</td><td style="text-align: right;">美元 _____</td></tr> </table> 收款人: _____	月收入总额	美元 _____	扣除额	- _____	收入补贴 (个人需求水平)	- _____	配偶分担额	- _____	家庭成员补贴或受抚养家庭成员	- _____	医疗/治疗护理费用	- _____	剩余可用月收入	= _____	配偶分担额	+ _____	总收入分担额 - 每月	美元 _____
月收入总额	美元 _____																																				
扣除额	- _____																																				
收入补贴 (医疗援助水平)	- _____																																				
配偶分担额	- _____																																				
家庭成员补贴, 或者受抚养家庭成员	- _____																																				
医疗/治疗护理费用	- _____																																				
剩余可用月收入	= _____																																				
配偶分担额	+ _____																																				
总收入分担额 - 每月	美元 _____																																				
月收入总额	美元 _____																																				
扣除额	- _____																																				
收入补贴 (个人需求水平)	- _____																																				
配偶分担额	- _____																																				
家庭成员补贴或受抚养家庭成员	- _____																																				
医疗/治疗护理费用	- _____																																				
剩余可用月收入	= _____																																				
配偶分担额	+ _____																																				
总收入分担额 - 每月	美元 _____																																				

注意事项: 您的月收入分担额基于预期有望获得的收入。如果您的收入或情况发生变化, 我们会进行调整。

资源

计算您的资格时还必须考虑资源 (如果有的话)。

可计数资源	美元 _____
Medicaid 资源限额	- _____
超额资源	= _____
用于扣款的医疗账单	
超额资源	- _____
剩余超额资源	美元 _____

除任何收入分担额之外, 针对 _____ 月份期间的护理费用还必须分担 _____ 美元的剩余超额资源。确定超额资源的方法包括将计算机数据与银行机构数据进行匹配获取信息。如果您认为超额资源的数额不正确, 请务必立即联系本机构, 但不得迟于本通知书发布之日起 30 天。

Medicaid 计划将支付该授权期间所有额外的享受保险的住院费用。

本决定的依据是法规 18 NYCRR 360-4.9、360-4.3(f) 和 360-4.10 以及 Social Services Law (《社会服务法》) 第 366 条。随附的预算工作表对这些计算进行了说明。

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**

附件
抄送:

医疗机构名称

调解会权利：您可以申请调解会对这些措施进行审查。如果您需要举行调解会，应尽快申请。在调解会中，如果我们发现我们的确定结果有误，或者我们依据您所提供的信息决定变更我们的确定结果，则我们将采取纠正措施并重新对您予以通知。您可以拨打本通知书第一页中提供的电话号码来申请调解会，也可将您的书面申请寄送至本通知书首页顶部提供的地址来进行申请。此号码仅用于申请调解会。**您不可以使用该号码来申请召开公平听证会。**如果您申请举行调解会，您仍有权申请召开公平听证会。如果您想在获得公平听证会判决结果之前继续领取自己的福利（继续获得援助），那么您必须采用下述方式申请召开公平听证会。请阅读下方的公平听证会信息。

获取您的文件和文档复印件：为帮助您为听证会做好准备，您有权查看您的个案文件。如果您通过电话或信件联系我们，我们将向您免费寄送您文件中文档的复印件，并将在听证会上向听证官提供此资料。同时，如果您通过电话或信件联系我们，我们将向您免费寄送您认为可能需要用于为听证会做好准备的其它文档的复印件。如果您打电话或写信给我们，我们还将免费为您提供必要的具体政策材料，以便您决定是否申请召开公平听证会或为听证会做好准备。我们可为您提供的政策材料包括以下文档：行政指令、一般信息系统消息、信息性信函、Medicaid 参考指南的部分内容、Department of Health Medicaid 最新通讯和当地局长备忘录。要申请获取具体政策材料、文档或了解查看文件的方法，请拨打本通知书正面顶部提供的“记录存取”电话号码，或者写信邮寄至本通知书正面顶部提供的地址以联系我们。如果您需要您个案文件的免费具体政策材料或文档复印件，应提前申请。我们将在听证会之前的适当时间向您提供该资料。只有在您特别请求邮寄文档时，才会将文档邮寄给您。

公平听证会权利：如果您认为以上措施有误，则可以申请举行纽约州公平听证会。申请方式如下：

- 1) **电话：**您可拨打纽约州免费电话：800-342-3334（请在拨打电话时将此通知放在手边备用）或者
- 2) **传真：**将本通知书副本用传真发送至：(518) 473-6735；或者
- 3) **在线：**请访问以下网址，填写并发送在线申请表：<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>；或者
- 4) **写信：**将已填妥的本通知书副本邮寄至：Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201。请自行留存一份副本。

我要申请召开公平听证会。该机构的行动有误，原因如下： _____

正楷体姓名： _____ 个案编号 _____

地址： _____ 电话： _____

客户签名： _____ 日期： _____

自本通知书发出之日起，您有 60 天时间申请召开公平听证会：申请听证会后，纽约州将向您发送一份通知，告知您举行公平听证会的时间及地点。您有权邀请法律顾问、亲属、朋友或他人作为代表参加听证会，也可以自己提出异议。在听证会当中，您的律师或其他代表将有机会出示书面或口头证据以证明之前措施有误，以及有机会向出席听证会的任何人员发问。此外，您还有权邀请证人为您提供证据。您应携带任何可为您的个案提供有力证据的文件出席听证会，诸如本通知书、工资单、收据、医疗账单、供暖账单、医疗诊断书、信件等文件。

继续领取您的福利：如果您在本通知书注明的生效日期之前申请召开公平听证会，那么在该公平听证会判决发布之前，您可以继续领取自己的福利。但是，如果您输掉了公平听证会，我们将收回您不应领取的任何 Medicaid 福利。如果您希望避免出现这种情况，请勾选下面的方框，以表明您不希望继续获得援助，并将本页与您的听证会申请一同发送给我们。如果您勾选此方框，则我们将从上述生效日期开始采取上述行动。

我同意在公平听证会判决发布之前，对我的 Medicaid 福利采取如本通知所述的行动。

法律援助：如果您需要获取免费法律援助，可联系您所在地的法律援助协会 (Legal Aid Society) 或其他法律支持团体来获取此类援助。您可以在黄页的“律师”(Lawyers) 条目下查找附近的法律援助协会或维权团队信息，也可以拨打本通知书第一页中提供的电话号码以进行查询。

信息：如果您想获取与您的个案相关的更多信息，或者想详细了解申请召开公平听证会、查看文件或获取其他文件副本的方法，请拨打本通知书第 1 页提供的电话号码，或者写信邮寄至本通知书第 1 页提供的地址以联系我们。

注意：未满 19 岁的不具备 Medicaid 或其他健康保险参保资格的儿童可能有资格投保 Child Health Plus 保险计划。该计划提供针对儿童的健康护理保险服务。请拨打 1-800-698-4543 获取相关信息。