

AVI KONSÈNAN ENTANSYON POU ETABLI RESPONSABILITE POU SWEN KWONIK

DAT AVI A:	DAT LI ANVIGÈ:	NON AK ADRÈS AJANS/SANT OSWA BIWO DISTRI	
NIMEWO DOSYE	NIMEWO CIN		
NIMEWO DOSYE (Ak Non C/O si Genyen) AK ADRÈS			
		NIMEWO TELEFÒN JENERAL POU KESYON OSWA ÈD _____	
		OSWA Reyinyon avèk Ajans lan _____	
		Enfòmasyon sou Odyans san Paspouki ak Asistans _____	
		Aksè nan Dosye _____	
		Enfòmasyon sou Èd Jiridik _____	
NIMEWO BIWO	NIMEWO INITE	NIMEWO TRAVAYÈ SOSYAL	NON INITE OSWA NON TRAVAYÈ SOSYAL
		NIMEWO TELEFÒN	

Depatman sa a te pran yon desizyon konsènan kalifikasyon anba Pwogram Medicaid la pou moun non li anwo a, yo te detèmine moun lan ap viv nan yon enstitisyon medikal yon fason pèmanan. (Si moun nan te deja resevwa tout pwoteksyon Medicaid konplè oswa pwoteksyon Medicaid ak yon montan limit ki \$ _____, nou eksplike montan kontribisyon pou depans lajan jiska yon montan limit (Spendown) ki manke anba la a.

Dat aplikasyon an: _____

Dat Entène a: _____

Dat Sitiyasyon Swen Kwonik: _____

Men kijan nou te kalkile kontribisyon total **chak mwa** pou depans pou swen moun sa a nan peryòd ki endike a:

REVNI

Ant _____ Ak _____	Ant _____ Ak _____
Revni Brit Chak Mwa	Revni Brit Chak Mwa
Dediksyon	Dediksyon
Alokasyon Revni (Nivo Asistans Medikal)	Alokasyon Revni (Nivo Bezwen Pèsonèl)
Kontribisyon pou Madanm/Mari Kominotè a	Kontribisyon pou Madanm/Mari Kominotè a
Alokasyon pou Manm Fanmi, oswa Moun nan Kay la ki Depandan	Alokasyon pou Manm Fanmi, oswa Moun nan Kay la ki Depandan
Depans pou Swen Medikal/Remèd	Depans pou Swen Medikal/Remèd
Revni Chak Mwa ki Rete ki Disponib	Revni Chak Mwa ki Rete ki Disponib
Kontribisyon Mari/Madanm:	Kontribisyon Mari/Madanm:
Peryòd Kontribisyon Total nan Revni Mwa	Peryòd Kontribisyon Total nan Revni Mwa
Ki peye sou non: _____	Ki peye sou non: _____

NÒT: Kontribisyon revni chak mwa ou baze sou yon pwojeksyon revni ou sipoze resevwa. Ajisteman pral fèt si revni ou oswa sikonstans ou chanje.

RESOUS

Resous, si genyen, dwe konsidere tou lè n ap kalkile kalifikasyon ou.

Resous ki ka kote	\$ _____
Medicaid Resous Limite	- _____
Resous Eksedan	= _____
Bòdwo Medikal yo Itilize pou Redwi	
Resous Eksedan	- _____
Rès Resous Eksedan	\$ _____

Anplis nempòt kontribisyon revni ki rete \$ _____ nan resous eksedan yo dwe kontribye nan depans pou swen pandan mwa a _____. Detèminasyon resous eksedan an gen enfòmasyon nou te resevwa nan konparezon nou te fè sou òdinatè ak enfòmasyon ki soti labank. Si ou panse montan resous eksedan an pa kòrèk, w ap bezwen kontakte ajans la san pèdi tan, men pa pi ta pase 30 jou apre dat avi sa a.

Pwogram Medicaid la ap peye depans pou entène ki garanti pandan peryòd ki otorize a.

Desizyon sa a baze sou sou Règleman 18 NYCRR 360-4.9, 360-4.3 (f) ak 360-4.10 ak Seksyon 366 Lwa Sèvis Sosyal.

Feyè kalkil bidjè ki vini ak avi sa a eksplike kalkil sa yo.

RÈGLEMAN YO EGZIJE POU OU FÈ DEPATMAN SA A KONNEN TOUSWIT NENPÒT CHANJMAN NAN BEZWEN, REVNI, RESOUS, ARANJMAN POU VIV OSWA ADRÈS OU

OU GEN DWA KONTESTE DESIZYON SA A ASIRE OU LI PAJ DÈYÈ AVI SA A POU KONNEN KIJAN POU KONTESTE DESIZYON SA A

Dokiman ki nan anvlòp la

cc:

NON ETABLISMAN MEDIKAL LA

DWA POU ALE NAN YON KONFERANS: Ou gen dwa ale nan yon konferans pou evalye aksyon sa yo. Si ou ta vle pou gen yon konferans, ou ta dwe mande youn san pèdi tan. Nan konferans lan, si nou dekouvri nou te pran yon desizyon ki pa kòrèk oswa si, akòz enfòmasyon ou bay yo, nou deside chanje desizyon nou, n ap pran mezi pou korije desizyon an epi ba ou yon lòt avi. Pou mande pou ale an yon konferans, rele nimewo ki paj devan avi sa a oswa depi ou voye yon demann alekri ban nou nan adrès ki endike anlè premye paj avi sa a. Itilize nimewo sa a sèlman pou mande yon konferans. **Se pa konsa ou mande yon odyans san patipri.** Si ou mande yon konferans, ou toujou gen dwa pou yon odyans san patipri. Si ou vle gen avantaj ou yo kontinye san rete (èd kontinye) jiskaske ou jwenn yon desizyon odyans san patipri a, ou dwe mande yon odyans san patipri nan fason ki dekri anba la a. Li pi ba a pou enfòmasyon sou odyans san patipri.

AKSÈ NAN DOSYE AK KOPI DOKIMAN YO: Pou ede ou prepare ou pou odyans lan, ou gen yon dwa pou gade dosye ou yo. Si ou rele nou oswa si ou ekri nou, n ap voye ba ou kopi dokiman dosye ou yo pou gratis, epitou se dokiman sa yo n ap bay ofisye odyans lan nan odyans san patipri a. Epitou, si ou rele oswa si ou ekri nou, n ap ba ou kopi gratis lòt dokiman dosye ou panse ou ka bezwen pou prepare pou odyans san patipri ou. Si ou rele oswa ekri nou, nou pral mete dokiman règleman espesifik disponib ki nesèsè pou ou deside si w ta dwe mande yon odyans san patipri oswa prepare pou odyans la gratis. Men yon egzanp kèk dokiman règleman ki ka disponib pou ou: Direktiv Administratif, mesaj Sistèm Enfòmasyon Jeneral, Lèt Enfòmèl, pòsyon Gid Referans Medicaid, Bilten enfòmasyon Medicaid Depatman Sante ak Memorandòm Komisè Lokal yo. Pou mande dokiman yo oswa pou konnen kijan pou gade dosye ou, rele nou nan nimewo telefòn Aksè nan Dosye ki endike anlè paj devan avi sa a, oswa ekri nou nan adrès ki enprime anlè paj devan avi sa a. Si ou vle kopi dokiman règleman espesifik oswa dokiman ki nan dosye ou gratis, ou ta dwe mande yo davans. N ap ba ou yo nan yon dèlè rezonab anvan dat odyans lan. N ap voye dokiman yo pou ou pa lapòs sèlman si ou fè yon demann espesyal pou sa.

DWA POU ALE NAN YON ODYANS SAN PATIPRI: Si ou kwè aksyon anwo a pa kòrèk, ou ka mande yon Odyans san Patipri devan Eta a:

1) **Telefòn:** Ou ka rele nimewo telefòn gratis pou tout eta a: 800-342-3334 (TANPRI METE AVI SA A TOUPRE OU NAN MOMAN W AP RELE A) **OSWA**

2) **Faks:** Voye yon kopi avi sa a nan nimewo faks (518) 473-6735; **OSWA**

3) **Sou Entènèt:** Ranpli fòm demann lan sou entènèt epi voye li nan sitwèb:
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **OSWA**

4) **Ekri:** Voye yon kopi avi sa a **ranpli**, bay Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Tanpri kenbe yon kopi pou ou.

Mwen vle yon odyans san patipri. Desizyon Ajans la pa kòrèk paske: _____

Ekri non an lèt Detache: _____ Nimewo Dosye _____

Adrès: _____ Telefòn: _____

Siyati Kliyan: _____ Dat: _____

OU GEN 60 JOU APRE DAT OU RESEVWA AVI SA A POU MANDE YON ODYANS SAN PATIPRI. Si ou mande yon odyans san patipri, Eta ap voye yon avi ba ou pou fè ou konnen lè ak kote odyans lan ap fèt. Ou gen dwa pou fè yon avoka, yon manm fanmi, yon zanmi oswa yon lòt moun reprezante ou. Ou ka reprezante tèt ou tou. Nan odyans lan, avoka ou oswa lòt reprezantan ou ap jwenn opòtinite pou prezante prèv alekri ak prèv aloral pou montre pou kisa nou pa ta dwe pran desizyon an. L ap jwenn opòtinite tou pou kesyone nenpòt moun ki prezante nan odyans lan. Epitou, ou gen dwa pou vini avèk temwen ki pou pale anfavè ou. Ou ta dwe pote nenpòt dokiman tankou avi sa a, souch chèk, resi, bòdwo medikal, bòdwo chofaj, verifikasyon medikal, lèt, elatriye ki kapab itil nan prezantasyon dosye ou.

KONTINYASYON AVANTAJ OU YO: Si ou mande yon odyans san patipri anvan dat kòmansman ki endike nan avi sa a, ou pral kontinye resevwa avantaj ou yo san okenn chanjman jiskaske yo bay desizyon odyans san patipri a. Men, si ou pèdi odyans san patipri a, nou ka rekipere nenpòt avantaj Medicaid ou pa te sipoze resevwa. Si ou vle evite posiblite sa a, tcheke bwat ki anba a pou montre ou pa vle èd ou kontinye, epi voye paj sa a ansanm ak demann pou odyans ou an. Si ou tcheke bwat la, yo pral pran aksyon ki dekri pi wo a nan dat kòmansman ki endike anwo a.

Mwen dakò pou yo pran aksyon an sou avantaj Medicaid mwen yo, jan sa dekri nan avi sa a, anvan yo bay desizyon pou odyans san patipri a.

ÈD JURIDIK: Si ou bezwen èd jiridik gratis, ou ka gen posiblite pou jwenn èd la si ou kontakte Sosyete Èd Jiridik (Legal Aid Society) zòn ou oswa lòt gwoup avoka. Ou ka chèche Sosyete Èd Jiridik oswa gwoup avoka depi ou tcheke Paj Jòn anba "Lawyers" (avoka) oswa depi ou rele nimewo ki endike anwo premye paj avi sa a.

ENFÒMASYON: Si ou vle jwenn enfòmasyon sou dosye ou, enfòmasyon sou fason pou mande yon odyans san patipri, oswa enfòmasyon sou fason pou resevwa lòt kopi dokiman yo, rele nou nan nimewo telefòn ki anlè paj 1 avi sa a, oswa ekri nou nan adrès ki enprime anlè paj 1 avi sa a.

ATANSYON: Timoun ki poko gen 19 lane ki pa kalifye pou Medicaid oswa lòt asirans medikal ka kalifye pou plan asirans Child Health Plus pou timoun. Plan an bay asirans swen sante pou timoun. Rele 1-800-698-4543 pou jwenn enfòmasyon.