

# NOTIFICA DELL'INTENZIONE DI DEFINIRE UNA RESPONSABILITÀ RIGUARDO ALL'ASSISTENZA A MALATTIE CRONICHE

DATA DI NOTIFICA:	DECORRENZA:	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 _____
		<b>OPPURE</b> 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 all'idoneità a ricevere il programma Medicaid da parte del soggetto sopra indicato, di cui è stata certificata la residenza permanente presso una struttura sanitaria (se il soggetto riceveva in precedenza la copertura Medicaid completa o la copertura Medicaid vincolata a un importo di "spend-down" di \$ \_\_\_\_\_, il contributo richiesto a copertura dei costi della struttura viene descritto qui sotto).

Data della domanda di adesione: \_\_\_\_\_

Data del ricovero: \_\_\_\_\_

Data dello stato di assistenza per malattia cronica: \_\_\_\_\_

Abbiamo calcolato un contributo totale **mensile** a copertura del costo dell'assistenza di questo soggetto per il periodo indicato, come segue:

### REDDITO

Da \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Reddito mensile lordo	\$ _____
Detrazioni	- _____
Sussidi al reddito (livello di assistenza medica)	- _____
Contributi di mantenimento del coniuge in comunione dei beni	- _____
Assegni familiari o familiari a carico	- _____
Costo dell'assistenza medica/compensativa	- _____
Reddito mensile disponibile residuo	= _____
Contributo del coniuge	+ _____
Contributo di reddito totale mensile	\$ _____

Da \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Reddito mensile lordo	\$ _____
Detrazioni	- _____
Sussidi al reddito (livello per esigenze personali)	- _____
Contributi di mantenimento del coniuge in comunione dei beni	- _____
Assegni familiari o familiari a carico	- _____
Costo dell'assistenza medica/compensativa	- _____
Reddito mensile disponibile residuo	= _____
Contributo del coniuge	+ _____
Contributo di reddito totale mensile	\$ _____

Pagabile a: \_\_\_\_\_

Pagabile a: \_\_\_\_\_

**NOTA:** il suo contributo di reddito mensile si basa su una proiezione relativa al reddito percepito previsto. In caso di variazioni di reddito o circostanze, verranno apportate modifiche.

### RISORSE

A fini del calcolo della sua idoneità, è necessario considerare anche le eventuali risorse.

Risorse numerabili	\$ _____
Limite di risorse Medicaid	- _____
Risorse in eccesso	= _____
Spese mediche utilizzate per ridurre le risorse in eccesso	- _____
Risorse in eccesso residue	\$ _____

In aggiunta ai contributi di reddito, l'importo residuo di \$ \_\_\_\_\_ di risorse in eccesso deve essere versato a copertura del costo dell'assistenza per il mese di \_\_\_\_\_. 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.

Il programma Medicaid pagherà tutte le spese mediche coperte di ricovero aggiuntive sostenute durante questo periodo autorizzato. Questa decisione si basa sulle norme 18 NYCRR 360-4.9, 360-4.3(f) e 360-4.10 e Sezione 366 della Social Services Law (Legge sui servizi sociali).

Nei prospetti di bilancio allegati vengono spiegati tali calcoli.

*LE NORME STABILISCONO CHE VENGA 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**

Allegato

cc:

\_\_\_\_\_  
NOME DELLA STRUTTURA SANITARIA

**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.

**CONTINUAZIONE DEI SUSSIDI:** se richiede un'udienza imparziale prima della decorrenza indicata nella presente notifica, continuerà a ricevere i sussidi fino all'emissione della decisione dell'udienza imparziale. Tuttavia, in caso di decisione a lei sfavorevole dopo l'udienza imparziale, potremmo recuperare il costo di eventuali sussidi Medicaid che lei non ha ricevuto. Se preferisce evitare questa evenienza, contrassegni la casella qui sotto per indicare che non desidera la continuazione dell'assistenza e invii questa pagina insieme alla richiesta di udienza. Se sceglie di contrassegnare la casella, l'azione sopra descritta verrà intrapresa alla decorrenza indicata sopra.

Accetto che l'azione venga intrapresa riguardo ai miei sussidi Medicaid, come descritto nella presente notifica, prima dell'emissione della decisione dell'udienza imparziale.

**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.