

MEDICAID 保险停止/变更意向通知书
(资产转移)

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 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

本通知旨在向您告知, 本卫生署准备对您的 Medicaid 保险进行如下变更。

经我们确定, 您/您的配偶于 (日期) _____ 转移了价值为 _____ 美元的 (物品) _____。该金额属于**未补偿价值**。

鉴于您/您的配偶转移该资产的价格低于其价值, 您**没有**资格享受以下类型的护理和服务:

- 在专业护理机构、保健机构、中级护理机构或住院治疗机构提供的服务。
- 医院提供的疗养机构服务。
- 依照 Social Security Act (《社会安全法》) 第 1915 (c) 条或第 (d) 条提供的家庭社区型服务。

根据您的当前状况, 我们将采取以下行动:

缩小 您的 Medicaid 保险范围, 从 Medicaid 计划之下的所有护理和服务保险减少为有限保险, 生效 (日期) 为 _____。您没有资格获得以上服务。但是, 您有资格获得在 Medicaid 计划之下提供的所有其他护理和服务, 生效 (日期) 为 _____。如果以下超额收入方框为 , 您将需要满足针对这些服务的超额收入要求。

停止 您的 Medicaid 保险, 生效 (日期) 为 _____。根据您的当前状况, 您在 _____ 个月期间或 (日期) _____ 之前**没有**资格享受以上护理和服务。这是根据以下计算确定的:

被转移资产的未补偿价值 _____ 美元

(减去 Medicaid 豁免, 如果有的话)

÷

月度地区费率 _____ 美元

有限保险期限: _____ (个月)

您还有额外的 _____ 美元, 是您需要为 _____ 月份的护理费用分担的。您针对该月度护理费用必须分担的所有收入分担额都要加上此处罚。

虽然您因为上述转移而没有资格享受某些类型的护理和服务, 但您可能有资格享受机构费率中未包含的其他护理和服务的保险, (如: 眼镜、助听器、假牙和急症医院治疗)。为了使您有资格享受此保险: (1) 您的收入不得高于允许的 Medicaid 收入标准; 或者 (2) 如果您的收入超过允许的 Medicaid 收入标准, 您必须满足某些超额收入要求。如果以下方框为 , 您将需要满足针对这些服务的超额收入要求。

扩大 您的 Medicaid 保险范围, 从有限保险增加到所有护理和服务保险, 生效 (日期) 为 _____。进行这一变更的原因是, 您以低于公平市场价格的价格转移资产而导致的处罚期将于 (日期) _____ 到期。自该日期起, 您将有资格享受在 Medicaid 计划之下提供的所有护理和服务。如果以下方框为 , 您将需要满足针对这些服务的超额收入要求。

超额收入 您的月收入总额为 _____ 美元。您的月扣款总额为 _____ 美元。二者之差就是您的每月净收入。即 _____ 美元。针对您的家庭规模的允许收入标准为 _____ 美元。您的月收入与此标准之差 (_____ 美元) 为每月自付金额或超额收入金额。您的六个月的超额收入为 _____ 美元。请参见随附的表格 OHIP-0026, 其中说明了您如何能满足这些超额收入要求并获得享受 EXCESS INCOME PROGRAM (超额收入计划) 之下保险的资格。

注: 如果还有其他影响您的 Medicaid 保险的因素, 我们会附上另外一份通知。

请阅读随附通知 (资产转移对 Medicaid 资格的影响), 了解有关资产转移的重要信息。

本决定的依据是法规 18 NYCRR 360-4.4、360-4.5、360-4.7 和 360-4.8 以及 Social Services Law (《社会服务法》) 第 366.5 条。

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

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他文档的复印件。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。