

**NOTIFICA DELL'INTENZIONE DI INTERRUPTERE/MODIFICARE LA COPERTURA MEDICAID
(Trasferimento di beni patrimoniali)**

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 _____	
				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

Con la presente notifica questo Dipartimento intende modificare la sua copertura Medicaid nel modo qui indicato:

Abbiamo stabilito che in data _____ lei/coniuge ha trasferito (bene/i) _____ del valore di \$ _____. Questo importo viene considerato pari al **valore non compensato**.

Poiché lei/coniuge ha trasferito questo/i bene/i per un valore minore, lei **non** è idoneo a ricevere i seguenti tipi di cura e servizi:

- servizi forniti in strutture di cura qualificate, strutture correlate all'assistenza sanitaria, strutture di assistenza di livello intermedio o strutture sanitarie residenziali.
- servizi in case di cura forniti in un ospedale.
- servizi a livello domestico e comunitario forniti ai sensi della Sezione 1915 (c) o (d) della Social Security Act (Legge sulla previdenza sociale).

In base alle sue circostanze attuali, intendiamo intraprendere la seguente azione:

- RIDUZIONE** della copertura Medicaid da assistenza e servizi completi previsti dal programma Medicaid a copertura limitata a decorrere da (data) _____. Lei non è idoneo a ricevere i servizi sopra indicati. Tuttavia, è idoneo a ricevere tutte le altre forme di assistenza e i servizi previsti dal programma Medicaid a decorrere da (data) _____. Dovrà rispondere a un requisito di reddito in eccesso per tali servizi se la casella Reddito in eccesso qui sotto è contrassegnata con .
- INTERRUZIONE** della copertura Medicaid a decorrere da (data) _____. In base alle sue circostanze attuali, lei **non** è idoneo a ricevere l'assistenza e i servizi di cui sopra per un periodo di _____ mese/i o fino a (data) _____. Questa constatazione si basa sui seguenti calcoli:

Valore non compensato dei beni patrimoniali trasferiti (meno esenzione Medicaid, se applicabile)	\$ _____
	÷
Tariffa regionale mensile	\$ _____
Periodo di copertura limitata:	_____ mese/i

- Per lei è inoltre previsto un contributo aggiuntivo di \$ _____ che dovrà versare a copertura dell'assistenza relativa al mese di _____. Si aggiunge al contributo di reddito a copertura del costo dell'assistenza per il mese in questione.

Sebbene lei non sia idoneo a ricevere determinati tipi di assistenza e servizi a causa del suddetto trasferimento, potrebbe essere idoneo alla copertura di altri tipi di assistenza e servizi non inclusi nella tariffa della struttura (*ad esempio, cure oculistiche, apparecchi acustici, protesi dentarie e cure ospedaliere urgenti*). Per essere idoneo a questa copertura: (1) il suo reddito non deve superare il reddito standard Medicaid ammissibile; oppure (2) se il suo reddito supera il reddito standard Medicaid ammissibile, lei deve rispondere a determinati requisiti relativi al reddito in eccesso. Dovrà rispondere a un requisito di reddito in eccesso per tali servizi se la casella qui sotto è contrassegnata con .

- AUMENTO** della copertura Medicaid da copertura limitata a copertura per tutta l'assistenza e i servizi a decorrere da (data) _____. Il motivo di questa modifica dipende dal fatto che il periodo di penale derivante dal suo trasferimento di beni patrimoniali per un valore inferiore al valore di mercato scadrà in data _____. A decorrere da tale data, lei è idoneo a ricevere tutta l'assistenza e tutti i servizi previsti dal programma Medicaid. Dovrà rispondere a un requisito di reddito in eccesso per tali servizi se la casella qui sotto è contrassegnata con .

- REDDITO IN ECCESSO** Il suo reddito totale lordo mensile è pari a \$ _____. Le sue detrazioni totali mensili sono pari a \$ _____. La differenza tra questi importi costituisce il suo reddito mensile netto. Tale differenza è di \$ _____. Il reddito standard ammissibile per un nucleo familiare come il suo è di \$ _____. La differenza tra l'importo del suo reddito netto mensile e questo standard (\$ _____) costituisce l'importo dello "spend-down" o del reddito in eccesso mensile. Il suo reddito in eccesso per sei mesi è pari a \$ _____. La preghiamo di leggere il modulo OHIP-0026, in cui viene spiegato come rispondere ai requisiti relativi al reddito in eccesso e diventare idonei alla copertura prevista dall'EXCESS INCOME PROGRAM.

NOTA: se la sua copertura Medicaid è condizionata da altri fattori, è allegata una notifica a parte.

LEGGA LA NOTIFICA ALLEGATA (Effetti del trasferimento di beni sull'idoneità a Medicaid) PER INFORMAZIONI IMPORTANTI SUI TRASFERIMENTI DI BENI.

Questa decisione si basa sulle norme 18 NYCRR 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 e 360-4.8 e sulla Sezione 366.5 della Social Services Law (Legge sui servizi sociali).

LE NORME STABILISCONO CHE VENGANO COMUNICATE IMMEDIATAMENTE A QUESTO DIPARTIMENTO LE EVENTUALI MODIFICHE A ESIGENZE, 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.

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.