

**УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ / ИЗМЕНЕНИЮ СТРАХОВОГО
ПОКРЫТИЯ MEDICAID
(Передача активов)**

ДАТА УВЕДОМЛЕНИЯ:	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:	НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ/ЦЕНТРА ИЛИ РАЙОННОГО ОФИСА		
НОМЕР ДЕЛА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (CIN)			
ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА (и имя адресата, если есть)				
		ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ОБРАЩЕНИЙ С ВОПРОСАМИ ИЛИ ЗА ПОМОЩЬЮ _____		
		ИЛИ Собеседование в учреждении _____ Информация и помощь с объективным разбирательством _____ Доступ к материалам _____ Информация о юридической помощи _____		
ОФИС №	ОТДЕЛЕНИЕ №	СОТРУДНИК №	НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Настоящим уведомляем, что данный Департамент намерен изменить Ваше покрытие по программе Medicaid, как описано ниже.

Нами установлено, что (дата) _____ Вы / Ваш (-а) супруг (-а) осуществили передачу (объекты) _____
_____ оценочной стоимостью _____ долл. Эта сумма считается **невозмещенной стоимостью**.

Поскольку Вы / Ваш (-а) супруг (-а) передали это имущество за сумму меньше реальной стоимости, Вы **не** соответствуете критериям получения следующих видов помощи и услуг:

- услуги, предоставляемые в учреждениях с квалифицированным сестринским уходом, лечебно-оздоровительных учреждениях, учреждениях для проживания лиц, нуждающихся в патронажном уходе и бытовой помощи, или лечебно-исправительных учреждениях;
- услуги учреждения с сестринским уходом, предоставляемые в больнице;
- услуги, предоставляемые на дому или в районе проживания на основании раздела 1915 (c) или (d) Social Security Act (Закон о социальном обеспечении).

На основании Ваших текущих обстоятельств мы предпринимаем следующее действие:

СОКРАЩЕНИЕ Вашего покрытия Medicaid с покрытия всех видов помощи и услуг по программе Medicaid на ограниченное покрытие с (дата) _____. Вы не соответствуете критериям покрытия перечисленных выше услуг. Однако Вы имеете право на получение всех прочих видов помощи и услуг, предоставляемых по программе Medicaid, с (дата) _____. Вы должны соответствовать требованиям к избыточному доходу для получения этих услуг, если в ячейке ниже возле раздела «Избыточный доход» стоит отметка .

ПРЕКРАЩЕНИЕ Вашего покрытия Medicaid с (дата) _____. Учитывая Ваши текущие обстоятельства, Вы **не** соответствуете критериям получения указанных выше видов помощи и услуг в течение периода _____ мес. или до (дата) _____. Данное решение принято на основании следующих расчетов:

Невозмещенная стоимость переданного имущества _____ долл.
(за вычетом не учитываемых программой Medicaid активов, если есть) ÷
Месячная региональная ставка _____ долл.
Период предоставления ограниченного покрытия _____ (мес.)

Для Вас также установлена дополнительная сумма _____ долл., которую Вы должны будете внести в счет стоимости услуг ухода за месяц _____. Она применяется в дополнение к любым взносам из дохода, которые должны быть сделаны в счет стоимости услуг ухода за этот месяц.

Хотя Вы не соответствуете критериям получения оплаты определенных видов помощи и услуг в связи с указанным выше фактом передачи, Вы можете иметь право на покрытие других видов помощи и услуг, не включенных в тариф учреждения (*например, очков, слуховых аппаратов, зубных протезов и стационарного лечения острых заболеваний*). Для соответствия критериям такого покрытия должно быть выполнено одно из двух условий: (1) Ваш доход не должен превышать разрешенный в программе Medicaid уровень дохода; (2) если Ваш доход превышает разрешенный в программе Medicaid уровень дохода, Вы должны соответствовать определенным требованиям к избыточному доходу. Вы должны соответствовать требованиям к избыточному доходу для получения этих услуг, если в ячейке ниже стоит отметка .

УВЕЛИЧЕНИЕ Вашего покрытия Medicaid с ограниченного покрытия на покрытие всех видов помощи и услуг с (дата) _____. Причина этого изменения: штрафной период в связи с передачей активов за стоимость меньше рыночной истечет (дата) _____. С этой даты Вы будете соответствовать критериям получения всех видов помощи и услуг, предоставляемых в рамках программы Medicaid. Вы должны соответствовать требованиям к избыточному доходу для получения этих услуг, если в ячейке ниже стоит отметка .

ИЗБЫТОЧНЫЙ ДОХОД. Общая сумма Вашего валового месячного дохода составляет _____ долл. Общая сумма Ваших вычетов за месяц составляет _____ долл. Разница между этими суммами представляет собой сумму Вашего чистого месячного дохода. Эта сумма составляет _____ долл. Разрешенный уровень дохода для семьи Вашего размера составляет _____ долл. Разница между суммой Вашего чистого месячного дохода и данным уровнем (_____ долл.) представляет собой месячную сумму собственных средств на оплату услуг, или избыточный доход. Сумма избыточного дохода за шесть месяцев составляет _____ долл. В прилагаемой форме ONIP-0026 Вы найдете информацию о том, как выполнить требования к избыточному доходу и получить право на покрытие в рамках EXCESS INCOME PROGRAM (ПРОГРАММА ДЛЯ ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНЫМ ДОХОДОМ).

ПРИМЕЧАНИЕ. Если на Ваше покрытие Medicaid влияют также другие факторы, прилагается отдельное уведомление.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРИЛАГАЕМЫМ УВЕДОМЛЕНИЕМ («Влияние передачи активов на право участия в программе Medicaid»), ГДЕ ПРИВЕДЕНА ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПЕРЕДАЧЕ АКТИВОВ.

Данное решение принято на основании положений 18 NYCRR 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 и 360-4.8 (Свод законов и правил штата Нью-Йорк), а также раздела 366.5 Social Services Law (Закон о социальных службах).

НОРМАТИВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕБУЮТ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО УВЕДОМЛЯТЬ ДАННЫЙ ДЕПАРТАМЕНТ О ЛЮБЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОТРЕБНОСТЕЙ, ДОХОДА, РЕСУРСОВ, ЖИЛИЩНЫХ УСЛОВИЙ ИЛИ АДРЕСА

**ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНФОРМАЦИЕЙ НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ НАСТОЯЩЕГО
УВЕДОМЛЕНИЯ, ЧТОБЫ УЗНАТЬ, КАК ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ**

ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ. Вы имеете право на собеседование для пересмотра вынесенных решений. Если вы хотите провести собеседование, вы должны обратиться с соответствующим заявлением в кратчайшие сроки. Если на собеседовании будет установлено, что принятое решение неверно, или если решение будет изменено на основании представленной вами информации, будут приняты корректирующие меры и вам будет вручено другое уведомление. Чтобы подать запрос на проведение собеседования, позвоните нам по номеру, указанному на первой странице этого уведомления, или отправьте письменный запрос по адресу, указанному в верхней части первой страницы данного уведомления. Этот номер используется только для подачи заявлений о проведении собеседования. **Для подачи заявления о проведении объективного разбирательства предусмотрен другой порядок.** Если вы обратитесь с заявлением о проведении собеседования, вы не утратите право на объективное разбирательство. Если Вы хотите, чтобы до вынесения решения по результатам объективного разбирательства Ваши льготы оставались без изменений (выплаты пособия продолжались), Вы должны подать заявление о проведении объективного разбирательства так, как описано ниже. Информацию об объективном разбирательстве см. ниже.

ДОСТУП К МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ: В процессе подготовки к разбирательству вам предоставляется право ознакомиться с материалами дела. Если вы позвоните или напишете нам, вам будут бесплатно предоставлены копии документов из вашего дела, которые будут переданы сотруднику, проводящему объективное разбирательство. Кроме того, если вы позвоните или напишете нам, мы бесплатно вышлем вам копии других документов из вашего дела, которые, по вашему мнению, могут потребоваться для подготовки к объективному разбирательству. Если Вы позвоните или напишете нам, мы также бесплатно предоставим Вам конкретные регулятивные материалы, необходимые Вам, чтобы решить, следует ли запросить проведение объективного разбирательства, или чтобы подготовиться к разбирательству. Регулятивные материалы, которые могут быть Вам предоставлены, включают, к примеру, такие документы: административные директивы, сообщения общей информационной системы, информационные письма, части справочника Medicaid, новостные рассылки Department of Health касательно Medicaid и меморандумы руководителя местной службы. Чтобы запросить конкретные регулятивные материалы или документы либо узнать, как ознакомиться со своим делом, позвоните по номеру телефона, указанному в графе «Доступ к материалам» в верхней части лицевой стороны настоящего уведомления, или напишите по адресу, указанному в верхней части лицевой стороны настоящего уведомления. Если Вам нужны бесплатные копии конкретных регулятивных материалов или документов из Вашего дела, заранее обратитесь с просьбой предоставить их. Они будут переданы Вам в разумный срок до даты разбирательства. Документы будут отправлены вам по почте только в том случае, если вы специально попросите об этом.

ПРАВО НА ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО. Если, по вашему мнению, указанное решение является неверным, вы можете обратиться с заявлением о проведении объективного разбирательства на уровне штата. Для этого воспользуйтесь одним из указанных ниже способов.

- 1) Телефон:** Вы можете позвонить по бесплатному номеру, действующему на территории штата: 800-342-3334 (ВО ВРЕМЯ ЗВОНКА ДЕРЖИТЕ ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ПОД РУКОЙ).
- 2) Факс:** отправьте копию настоящего уведомления по факсу на номер (518) 473-6735.
- 3) Интернет:** заполните и отправьте форму запроса онлайн по адресу <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>.
- 4) Почта:** отправьте **заполненную** копию данного уведомления по адресу Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Сохраните копию настоящего уведомления.

Я хочу, чтобы было проведено объективное разбирательство. Решение учреждения является неверным по следующим причинам: _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____ Номер дела _____
Адрес: _____ Телефон: _____
Подпись клиента: _____ Дата: _____

ВЫ МОЖЕТЕ ОБРАТИТЬСЯ С ЗАЯВЛЕНИЕМ О ПРОВЕДЕНИИ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА В ТЕЧЕНИЕ 60 ДНЕЙ С ДАТЫ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ. Если вы обратитесь с заявлением о проведении объективного разбирательства, органы власти штата вышлют вам уведомление о времени и месте проведения такого разбирательства. Вы имеете право на представление ваших интересов юристом, родственником, знакомым или иным лицом либо можете выступать самостоятельно. В ходе разбирательства вы, ваш адвокат или другой представитель будут иметь возможность представить письменные и устные доказательства причин, по которым данное решение не должно быть вынесено, а также возможность опросить любых лиц, присутствующих на разбирательстве. Вы также имеете право вызвать свидетелей, которые выступят в поддержку ваших аргументов. Принесите на разбирательство все имеющиеся у вас документы, которые могут помочь в представлении вашего дела, например: настоящее уведомление, корешки чеков, квитанции, счета на оплату медицинских услуг, счета за отопление, медицинские справки, письма и т. д.

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ. Если Вы подаете запрос на проведение объективного разбирательства до даты вступления в силу, указанной в этом уведомлении, Вы будете получать льготы без изменений до вынесения решения по результатам объективного разбирательства. Однако если решение по результатам объективного разбирательства будет вынесено не в Вашу пользу, мы можем потребовать возмещения любых льгот в рамках программы Medicaid, которые Вы не должны были получать. Если Вы хотите избежать такой возможности, поставьте галочку возле приведенного ниже заявления, в котором указывается, что Вы отказываетесь от продолжения выплаты пособия, и отправьте эту страницу вместе со своим заявлением о проведении объективного разбирательства. Если Вы поставите отметку возле этого заявления, описанное выше действие будет принято в указанную выше дату вступления в силу.

Я соглашаюсь на принятие описанных в этом уведомлении мер в отношении моих льгот Medicaid до вынесения решения по результатам объективного разбирательства.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ. Если вам нужна бесплатная юридическая помощь, вы можете обратиться в местное общество Legal Aid Society (Общество юридической помощи) или в другую общественную группу юридической поддержки. Контактная информация ближайшего Общества юридической помощи или общественной группы юридической поддержки приведена в разделе «Адвокаты» (Lawyers) телефонного справочника Yellow Pages. Кроме того, вы можете позвонить по телефону, указанному на первой странице данного уведомления.

ИНФОРМАЦИЯ. Для получения более подробной информации о Вашем деле, о том, как подать заявление о проведении объективного разбирательства, как ознакомиться со своим делом или как получить дополнительные копии документов, позвоните по номерам телефонов или напишите по адресу, указанным в верхней части первой страницы настоящего уведомления.

ВНИМАНИЕ! Дети в возрасте до 19 лет, не соответствующие критериям участия в программе Medicaid или другой программе медицинского страхования, могут иметь право на участие в программе медицинского страхования для детей Child Health Plus. Эта программа обеспечивает медицинское страхование для детей. Для получения информации позвоните по номеру 1-800-698-4543.