

**AVISO DE INTENCIÓN DE SUSPENDER/CAMBIAR LA COBERTURA DE MEDICAID  
(Transferencia de bienes)**

FECHA DEL AVISO:		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/DEL CENTRO O DE LA OFICINA DEL DISTRITO					
NÚMERO DE CASO		NÚMERO DE CIN							
NOMBRE DEL CASO (y nombre de la persona a quien va dirigida la correspondencia si estuviera presente) Y DIRECCIÓN									
				N.º DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____					
				<input type="radio"/> Reunión de la agencia _____ Información y asistencia para la audiencia imparcial _____ Acceso a los registros _____ Información de asistencia legal _____					
				N.º DE OFICINA		N.º DE UNIDAD		N.º DE TRABAJADOR	
				UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR		N.º DE TELÉFONO			

El propósito del presente es informarle que este Departamento pretende cambiar su cobertura de Medicaid según se indica a continuación.

Hemos determinado que el (fecha) \_\_\_\_\_ usted/su cónyuge transfirió (artículos) \_\_\_\_\_ valorados en \$ \_\_\_\_\_. Se considera que este monto es el **valor no compensado**.

Debido a que usted/su cónyuge transfirió estos bienes por un monto menor que su valor, usted **no** es elegible para recibir los siguientes tipos de atención y servicios:

- servicios proporcionados en centros de enfermería especializada, centros relacionados con la salud, centros de atención intermedia o centros de tratamiento residencial;
- servicios de un hogar de ancianos proporcionados en un hospital;
- servicios en el hogar y en la comunidad proporcionados conforme a la Sección 1915 (c) o (d) de la Social Security Act (Ley del Seguro Social).

Sobre la base de sus circunstancias actuales, tomaremos la siguiente medida:

**REDUCIREMOS** su cobertura de Medicaid de cobertura de toda la atención y los servicios conforme al Programa de Medicaid a cobertura limitada a partir del (fecha) \_\_\_\_\_. Usted no es elegible para recibir los servicios mencionados anteriormente. Sin embargo, usted es elegible para recibir todo el resto de la atención y los servicios proporcionados conforme al Programa de Medicaid a partir del (fecha) \_\_\_\_\_. Deberá cumplir con un requisito de exceso de ingresos para estos servicios si hay una  en la casilla de Exceso de ingresos de abajo.

**SUSPENDEREMOS** su cobertura de Medicaid a partir del (fecha) \_\_\_\_\_. Sobre la base de sus circunstancias actuales, usted **no** es elegible para recibir la atención y los servicios indicados anteriormente por un período de \_\_\_\_\_ meses o hasta el (fecha) \_\_\_\_\_. Esto se basa en los siguientes cálculos:

Valor no compensado de los bienes transferidos (menos la exención de Medicaid, si corresponde)	\$ _____
Tarifa regional mensual	÷ \$ _____
Período de cobertura limitada:	_____ (meses)

También tendrá \$ \_\_\_\_\_ adicionales que deberá aportar para cubrir el costo de la atención para el mes de \_\_\_\_\_. Esto es adicional a la contribución de ingresos que se debe pagar para cubrir el costo de la atención correspondiente a ese mes.

Aunque usted no es elegible para recibir determinados tipos de atención y servicios debido a la transferencia antes mencionada, puede ser elegible para recibir cobertura de otro tipo de atención y servicios que no están incluidos en la tarifa del centro (*p. ej., anteojos, audífonos, dentaduras postizas y atención hospitalaria por afecciones agudas*). A fin de ser elegible para recibir esta cobertura, se debe dar uno de los siguientes casos: (1) sus ingresos no deben superar los ingresos estándares permitidos por Medicaid; (2) si sus ingresos superan los ingresos estándares permitidos por Medicaid, usted debe cumplir con determinados requisitos de exceso de ingresos. Deberá cumplir con un requisito de exceso de ingresos para estos servicios si hay una  en la casilla de abajo.

**AUMENTAREMOS** su cobertura de Medicaid de cobertura limitada a cobertura de toda la atención y los servicios a partir del (fecha) \_\_\_\_\_. El motivo de este cambio es que el período de sanción debido a su transferencia de bienes por un monto menor al valor justo del mercado vencerá el (fecha) \_\_\_\_\_. A partir de esta fecha, usted tendrá derecho a recibir toda la atención y los servicios proporcionados conforme al Programa de Medicaid. Deberá cumplir con un requisito de exceso de ingresos para estos servicios si hay una  en la casilla de abajo.

**EXCESO DE INGRESOS** Sus ingresos totales mensuales brutos son de \$ \_\_\_\_\_. Sus deducciones totales mensuales son de \$ \_\_\_\_\_. La diferencia entre estos son los ingresos mensuales netos. Esta es de \$ \_\_\_\_\_. Los ingresos estándares permitidos para un hogar familiar de su tamaño son de \$ \_\_\_\_\_. La diferencia entre sus ingresos mensuales y este estándar (\$ \_\_\_\_\_) es el monto de exceso de ingresos o la reducción de gastos mensual. El exceso de ingresos durante seis meses es de \$ \_\_\_\_\_. Consulte el Formulario OHIP-0026 adjunto, donde se explica cómo puede cumplir con los requisitos de exceso de ingresos y ser elegible para recibir cobertura conforme al EXCESS INCOME PROGRAM (PROGRAMA DE EXCESO DE INGRESOS).

**NOTA:** Si existen otros factores que afectan su cobertura de Medicaid, se adjuntará un aviso por separado.

LEA EL AVISO ADJUNTO (Efecto de la transferencia de bienes en la elegibilidad de Medicaid) PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE RELACIONADA CON LA TRANSFERENCIA DE BIENES.

Esta decisión se basa en los Reglamentos 18 NYCRR 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 y 360-4.8, y en la Sección 366.5 de la Social Services Law (Ley de Servicios Sociales).

LOS REGLAMENTOS REQUIEREN QUE USTED NOTIFIQUE DE INMEDIATO A ESTE DEPARTAMENTO CUALQUIER CAMBIO EN SUS NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, ARREGLOS DE VIVIENDA O DIRECCIÓN.

**USTED TIENE DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN.**

**ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTE AVISO PARA SABER CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

**DERECHO A UNA REUNIÓN:** Usted puede tener una reunión para revisar estas medidas. Si desea una reunión, debe solicitar una lo más pronto posible. En la reunión, si descubrimos que hemos tomado la decisión equivocada o si, debido a la información que usted proporcione, decidimos cambiar nuestra decisión, tomaremos medidas correctivas y le daremos un nuevo aviso. Usted puede solicitar una reunión. Para hacerlo, puede llamarnos al número que aparece en la primera página de este aviso o enviarnos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de este aviso. Este número solo se utiliza para solicitar una reunión. ***Esta no es la forma en que se solicita una audiencia imparcial.*** Si solicita una reunión, aún tiene derecho a una audiencia imparcial. Si desea que sus beneficios continúen sin cambios (ayuda continua) hasta que obtenga una decisión de la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de la manera en que se describe a continuación. Lea a continuación la información acerca de la audiencia imparcial.

**ACCESO A SU EXPEDIENTE Y A COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarlo a prepararse para la audiencia, tiene derecho a ver el expediente de su caso. Si nos llama o escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de su expediente, las que le daremos al oficial de la audiencia en la audiencia imparcial. Además, si nos llama o escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted considere necesarios a fin de prepararse para su audiencia imparcial. Si nos llama o escribe, también pondremos a su disposición, sin costo alguno, los materiales de política específicos necesarios para que usted decida si desea solicitar una audiencia imparcial o para prepararse para la audiencia. Los materiales de política que pueden estar disponibles para usted incluyen documentos como: Directivas administrativas, mensajes del sistema de información general, cartas informativas, partes de la guía de referencia de Medicaid, boletines actualizados del Departamento de Salud sobre Medicaid y memorandos del comisionado local. Para solicitar documentos de política específicos o para informarse sobre cómo ver su expediente, comuníquese con nosotros al número de teléfono de acceso a los registros que aparece en la parte superior del frente de este aviso o escríbanos a la dirección impresa en la parte superior del frente de este aviso. Si desea copias gratuitas de materiales de política específicos o de los documentos del expediente de su caso, pídalas con anticipación. Estas se le proporcionarán dentro de un tiempo razonable, antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán por correo solo si específicamente lo solicita.

**DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** Si usted cree que la decisión anterior es incorrecta, puede solicitar una audiencia imparcial del Estado a través de cualquiera de los siguientes medios:

- 1) **Teléfono:** puede llamar al número telefónico estatal gratuito: 800-342-3334 (DEBE TENER ESTE AVISO CON USTED CUANDO LLAME); **O**
  - 2) **Fax:** envíe una copia de este aviso al número de fax (518) 473-6735;
  - 3) **En línea:** complete y envíe el formulario de solicitud en línea en: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>;
  - 4) **Por escrito:** envíe una copia de este aviso **completada** a Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conserve una copia para usted.
- Deseo una audiencia imparcial. La medida que tomó la Agencia no es la correcta debido a lo siguiente: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Número de caso \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará un aviso en el que figurará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene derecho a que lo represente un abogado, un pariente, un amigo u otra persona, o puede representarse usted mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia por escrito y de forma oral para demostrar por qué no debe tomarse la medida, así como la oportunidad de interrogar a cualquier persona que comparezca en la audiencia. Además, usted tiene derecho a presentar testigos que declaren en su favor. Debe llevar a la audiencia cualquier documento, como este aviso, recibos de pago de salario, recibos, facturas médicas, facturas por servicios de calefacción, documentos de verificación médica, cartas, etc., que puedan ser útiles en la presentación de su caso.

**CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS:** Si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada en vigencia mencionada en este aviso, continuará recibiendo sus beneficios sin cambios hasta que se emita la decisión sobre la audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde la audiencia imparcial, podemos recuperar el costo de los beneficios de Medicaid que no debería haber recibido. Si desea evitar esta posibilidad, marque la casilla de abajo para indicar que no desea que la ayuda continúe, y envíe esta página junto con su solicitud de audiencia. Si marca la casilla, la medida descrita anteriormente se tomará en la fecha de entrada en vigencia que figura más arriba.

- Acepto que se tome la medida sobre mis beneficios de Medicaid, según se describe en este aviso, antes de la emisión de la decisión sobre la audiencia imparcial.

**ASISTENCIA LEGAL:** Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtener dicha asistencia al comunicarse con su Legal Aid Society (Sociedad de Ayuda Legal) local o con algún otro grupo de defensa legal. Puede localizar la Legal Aid Society más cercana o la asociación de defensoría legal en las Yellow Pages (Páginas Amarillas), en "Lawyers" (Abogados), o puede llamar al número indicado en la primera página de este aviso.

**INFORMACIÓN:** Si desea obtener más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo ver su expediente o cómo obtener copias adicionales de los documentos, llámenos a los números de teléfono indicados en la parte superior de la página 1 de este aviso o escríbanos a la dirección impresa en la parte superior de la página 1 de este aviso.

**ATENCIÓN:** Los niños menores de 19 años que no son elegibles para recibir Medicaid u otro seguro de salud pueden ser elegibles para el plan del seguro de salud Child Health Plus para niños. El plan proporciona seguro de atención médica para niños. Para obtener información, llame al 1-800-698-4543.