

**NOTIFICA DI AZIONE RELATIVA ALLA DOMANDA DI ADESIONE/AL SUSSIDIO PER IL
PAGAMENTO DA PARTE DI MEDICAID DEL PREMIO PER IL COBRA
CONTINUATION COVERAGE PROGRAM**

DATA DI NOTIFICA:		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

Questo Dipartimento ha preso una decisione relativa all'idoneità a ricevere il pagamento Medicaid dei suoi premi per la copertura continuativa COBRA.

Questo Dipartimento:

ACCETTERÀ la domanda datata _____ per il nominativo/i nominativi _____ da _____ a _____.

Lei è responsabile delle spese per i premi sostenute prima della data di entrata in vigore. Conservi questa lettera come riferimento.

Abbiamo accettato la sua domanda in cui richiede che il programma Medicaid paghi i suoi premi di assicurazione sanitaria di gruppo in base al COBRA Continuation Coverage Program per (nominativo/i) _____ **subordinatamente alla presentazione della documentazione circa la sua idoneità**. Le comunicheremo una decisione circa la sua domanda dopo aver verificato la sua idoneità. Nel frattempo, pagheremo i suoi premi di assicurazione sanitaria a iniziare da (data) _____. Lei è responsabile delle spese relative ai premi sostenute prima della data di inizio. Nel caso in cui non fosse riconosciuto idoneo, lei è responsabile anche di tutti i premi che abbiamo pagato per conto suo.

RIFIUTERÀ la domanda datata _____ per il nominativo/i nominativi _____. Lei è responsabile del pagamento dei suoi premi.

Pagheremo il premio per conto di (nominativo/i) _____, da _____ a _____.

NON INTRAPRENDERÀ ALCUNA AZIONE riguardo alla domanda di adesione datata _____ in quanto è stata ritirata.

CONTINUERÀ a erogare i sussidi previsti dal COBRA Continuation Coverage Program per (nominativo/i) _____ da _____ a _____.

INTERROMPERÀ l'erogazione dei sussidi previsti dal COBRA Continuation Coverage Program per (nominativo/i) _____ a decorrere da _____.

INTERROMPERÀ l'erogazione dei sussidi previsti dal COBRA Continuation Coverage Program che avevamo approvato subordinatamente alla presentazione della documentazione circa la sua idoneità a decorrere da _____.

La motivazione alla base di questa azione è la seguente: _____.

Se i servizi richiesti in questa domanda vengono rifiutati o interrotti per motivi finanziari, abbiamo allegato uno o più prospetti di bilancio per darle la possibilità di valutare in che modo abbiamo stabilito l'idoneità al pagamento da parte di Medicaid del premio del COBRA Continuation Coverage Program.

Questa decisione si basa sulla norma 18 NYCRR 360-7.5(h) e Sezione 367-a(1)(d) della Social Services Law (Legge sui servizi sociali).

LE NORME STABILISCONO CHE VENGA 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.

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.