

**COBRA Continuation Coverage Program(COBRA 지속 보장 프로그램) 보험료의
MEDICAID 지급 신청/혜택에 대한 조치 통지**

통지 일자:		기관/센터 또는 지역 사무실 이름 및 주소		
케이스 번호	CIN 번호			
케이스 이름(C/O 이름 존재 시 함께 기재) 및 주소				
		문의 사항이 있거나 도움 필요 시 일반 전화번호 _____		
		-또는- 기관 컨퍼런스 _____ 공청회 정보 및 지원 _____ 기록 열람 _____ 법률 지원 정보 _____		
사무실 번호	부서 번호	복지사 번호	부서 또는 복지사 이름	전화번호

당 기관은 귀하의 COBRA Continuation Coverage Program 보험료의 Medicaid 지급 수혜 자격에 대한 결정을 내렸습니다.

당 기관의 결정은 다음과 같습니다.

- 승인** (이름) _____ 에 대한 _____ 일자의 신청을 _____ ~ _____ 의 기간 동안 승인합니다. 발효 일자 전에 발생한 보험료 청구에 대해서는 귀하가 부담해야 합니다. 필요한 경우를 대비해 본 서신을 갖고 계십시오.
- 당 기관은 (이름) _____ 에 대해 COBRA Continuation Coverage Program에 따라 Medicaid 프로그램에 귀하의 그룹 건강 보험료를 지급해달라는 신청을 승인했으며, **귀하의 수혜 자격 서류는 보류 중입니다.** 귀하의 수혜 자격에 대한 확인이 되면 신청 사항에 대한 결정을 알려 드리겠습니다. 우선 당 기관은 (일자) _____ 부터 귀하의 건강 보험료를 지급하겠습니다. 시작 일자 전에 발생한 보험료 청구에 대해서는 귀하가 부담해야 합니다. 당 기관에서 귀하에게 수혜 자격이 없다고 판단하면 귀하는 당 기관이 지급한 모든 보험료에 대해서도 책임을 져야 합니다.
- 거부** (이름) _____ 에 대한 _____ 일자의 신청을 거부합니다. 보험료 지급에 대한 책임은 귀하에게 있습니다.
- 당 기관은 (이름) _____ 대신 _____ ~ _____ 동안의 보험료를 지급하겠습니다.
- 조치 없음** _____ 일자의 신청이 철회되었으므로 아무런 조치도 취하지 않습니다.
- 계속 진행** (이름) _____ 에 대해 COBRA Continuation Coverage Program에 따른 혜택을 _____ ~ _____ 의 기간 동안 계속 진행합니다.
- 중단** (이름) _____ 에 대해 COBRA Continuation Coverage Program에 따른 혜택을 _____ 부터 중단합니다.
- 중단** 당 기관에서 수혜 자격 서류 보류를 승인했던 COBRA Continuation Coverage Program의 혜택을 _____ 부터 중단합니다.

이 조치의 이유는 다음과 같습니다. _____

이번 신청이 재정 상황을 이유로 거부되거나 중단되는 경우, 당 기관에서 COBRA Continuation Coverage Program 보험료의 Medicaid 지급 수혜 자격을 판단한 근거를 확인하실 수 있도록 예산 워크시트를 동봉했습니다.

이 결정은 Social Services Law(사회 복지법) 규정 18 NYCRR 360-7.5(h) 및 섹션 367-a(1)(d)를 기반으로 합니다.

규정에 따라 필요 사항, 소득, 재산, 거주 형태 또는 주소에 변경이 있을 경우 당 기관에 즉시 알려야 합니다.

귀하는 본 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.
본 결정에 대한 이의 제기 방법은 본 통지서의 뒷면을 참조해 주십시오.

컨퍼런스에 대한 권한: 컨퍼런스를 열어 이 조치를 검토하실 수 있습니다. 컨퍼런스를 원하는 경우 가능한 한 빨리 요청하셔야 합니다. 컨퍼런스에서 기존 결정이 잘못된 것으로 확인되거나 귀하로부터 새롭게 제공받은 정보에 따라 결정을 변경해야 할 경우, 이에 따른 적절한 조치를 취하고 새로운 통지를 드릴 것입니다. 컨퍼런스를 요청하시려면 본 통지서의 1페이지에 기재된 전화번호로 전화하거나 1페이지 상단에 기재된 주소로 컨퍼런스 요청 서신을 보내십시오. 이 전화번호는 컨퍼런스 요청 전용 번호입니다. **이는 공청회를 요청하는 방법과 다릅니다.** 컨퍼런스를 요청해도 공청회 자격은 여전히 유지됩니다. 공청회 결정을 받을 때까지 혜택을 변경 없이 받고자 하는 경우(보조 지속), 아래에 설명된 방법으로 공청회를 요청해야 합니다. 공청회 정보는 아래를 확인해 주십시오.

본인의 파일과 서류 사본에 대한 접근: 귀하는 공청회 준비를 위해 귀하의 케이스에 관한 파일을 열람할 권리가 있습니다. 전화 또는 서면으로 요청하시면, 당국이 공청회 때 담당 사무관에게 제출할 서류 중 귀하의 파일에 포함된 서류 사본을 무료로 발송해 드립니다. 또한, 전화 또는 서면으로 요청하시면 공청회 준비에 필요한 기타 서류를 귀하의 파일에서 찾아 무료로 복사 및 발송해 드립니다. 전화 또는 서면으로 요청하시면, 공청회를 요청할지 심리를 준비할지에 대해 결정하는 데 필요한 정책 자료를 무료로 제공해 드릴 수도 있습니다. 귀하에게 제공 가능할 수 있는 정책 자료에는 행정 명령, 일반 정보 시스템 메시지, 정보 서신, 일부 Medicaid 참조 안내서, Department of Health(보건부) Medicaid 업데이트 뉴스레터, 지역 위원회 제안서 등과 같은 문서가 포함됩니다. 특정 정책 자료나 서류 요청 또는 파일 열람 방법에 대한 문의를 원하시면, 본 통지서의 1페이지 상단에 기재된 기록 열람 전화번호로 전화하거나 본 통지서의 1페이지 상단에 기재된 주소로 서신을 보내십시오. 귀하의 케이스 파일에 포함된 특정 정책 자료나 서류의 무료 사본을 원하는 경우, 미리 요청하셔야 합니다. 요청하신 사본은 심리 전 합당한 시일 내에 제공될 것입니다. 우편 발송을 별도로 요청하시는 경우에만 서류를 우편으로 보내드립니다.

공청회에 대한 권한: 위 조치가 부당하다고 여기는 경우 다음 중 하나의 방법으로 공청회를 요청하실 수 있습니다.

- 1) **전화:** 주 전 지역 수신자 부담 전화 800-342-3334번으로 전화하십시오(통화 시 본 통지서를 지참하십시오). 또는
- 2) **팩스:** 본 통지서의 사본을 팩스 (518) 473-6735번으로 보내십시오. 또는
- 3) **온라인:** 다음에서 온라인 요청서를 작성하여 보내십시오. <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>. 또는
- 4) **우편:** 본 통지서에 작성한 후 사본을 Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201로 보내십시오. (사본을 보관하십시오.)

공청회를 요청합니다. 귀 기관의 결정이 잘못되었으며 그 이유는 다음과 같습니다. _____

이름(정자체): _____ 케이스 번호 _____

주소: _____ 전화번호: _____

의뢰인 서명: _____ 일자: _____

본 통지서 일자로부터 60일 이내에 공청회를 요청하셔야 합니다. 공청회를 요청하는 경우, 주에서 공청회 시간과 장소를 서면 공지드릴 것입니다. 귀하에게는 법률 고문, 친척, 친구 또는 다른 사람으로부터 변호를 받거나 스스로를 변호할 권리가 있습니다. 공청회에서 귀하의 변호사 또는 기타 대리인은 최초 결정에 따른 조치가 취해져서는 안 되는 이유를 보여주는 서면 또는 구술 증거를 제시하며, 공청회에 참석한 모든 사람에게 질문할 기회가 주어집니다. 또한, 귀하는 귀하의 편에서 이야기할 입회인을 동반할 권리가 있습니다. 본 통지서, 급여 명세서, 영수증, 의료 청구서, 난방비 청구서, 의료 확인서, 서신 등, 케이스 결정 심의에 도움이 될 만한 모든 서류를 공청회에 지참하십시오.

법률 지원: 무료 법률 지원이 필요하신 경우, 귀하가 속한 지역의 Legal Aid Society(법률 지원 협회) 또는 기타 법률 옹호 단체에 연락하시면 해당 지원을 받으실 수 있을 것입니다. 가까운 법률 지원 협회나 법률 옹호 단체의 소재는 전화번호부의 "Lawyers(변호사)"란을 참조하시거나 본 통지서의 첫 번째 페이지에 나와 있는 번호로 전화하시면 됩니다.

정보: 귀하의 케이스, 공청회 요청 방법, 본인의 파일 검토 방법 또는 서류의 추가 사본 입수 방법에 관해 자세한 정보를 원하시면, 본 통지서의 1페이지 상단에 나와 있는 전화번호로 전화하시거나 본 통지서의 1페이지 상단에 인쇄되어 있는 주소로 서신을 보내주십시오.

주의: Medicaid 또는 기타 건강 보험 자격이 없는 19세 미만 아동은 Child Health Plus 보험 플랜에 자격이 있을 수 있습니다. 본 플랜은 아동을 위한 건강 관리 보험을 제공합니다. 자세한 정보는 1-800-698-4543번으로 문의하십시오.