

通过 **MEDICAID** 支付艾滋病健康保险  
计划之下健康保险保费申请/福利行动通知书

|                       |            |   |             |      |
|-----------------------|------------|---|-------------|------|
| 通知日期:                 | 生效日期:      | 机构/中心或地区办公室的名称及地址   |             |      |
| 个案编号                  | CIN/RID 号码 |   |             |      |
| 个案名称 (及转交人姓名, 如有) 和地址 |            | 用于咨询问题或寻求帮助的通用电话号码  |             |      |
|                       |            | <b>或者</b> 机构调解会 _____<br>公平听证会信息和援助 _____<br>记录查询 _____<br>法律援助信息 _____ |             |      |
| 办公室编号                 | 部门编号       | 工作人员编号  | 部门名称或工作人员姓名 | 电话号码 |

本卫生署就通过 Medicaid 支付您在 AIDS Health Insurance Program (艾滋病健康保险计划) 之下健康保险保费的资格做出了决定。

本卫生署将:

接受于 (日期) \_\_\_\_\_ 为 (姓名) \_\_\_\_\_ 提出的  
从 \_\_\_\_\_ 到 \_\_\_\_\_ 的申请。

我们接受了您请求 Medicaid 计划为 (姓名) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 支付您的健康保险保费的申请, 尚待您提供资格文件证据。我们将在  
验证您的资格后就您的申请向您发送决定书。与此同时, 我们将从 (日期) 开始支付您的健康保险保费。如果我们  
认为您不符合资格, 您将负责支付我们为您支付的所有保费。

拒绝支付您的健康保险保费。拒绝支付的理由是 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_。

不处理于 (日期) \_\_\_\_\_ 提出的申请, 因为该申请已被撤销。

继续支付您从 \_\_\_\_\_  
到 \_\_\_\_\_ 的健康保险保费。

停止支付您的健康保险保费, 自 \_\_\_\_\_ 起生效。  
停止支付的理由是 \_\_\_\_\_。

停止支付我们认为尚待提供资格文件证据的您的健康保险保费, 自 \_\_\_\_\_ 起生效。  
停止支付的理由是 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_。

如果付款遭到拒绝或停止, 您可能有资格请求我们支付您在 Medicaid 或 COBRA Continuation Coverage Program (COBRA 延续保险计划) 之下的健康保险保费。

本决定的依据是法规 360-7.5(i) 以及 Social Services Law (《社会服务法》) 第 369 k-n 条。

法规要求您当您的需求、收入、资源、居住方式或地址发生任何变更时应立即告知本部门

您有权对上述决定提出上诉  
请确保阅读本通知书背面提供的对本决定提出上诉的方法

**调解会权利：**您可以申请调解会以对这些措施进行审查。如果您需要举行调解会，应尽快申请。在调解会中，如果我们发现我们的确定结果有误，或者我们依据您所提供的信息决定变更我们的确定结果，则我们将采取纠正措施并重新对您予以通知。您可以拨打本通知书第一页中提供的电话号码来申请调解会，也可将您的书面申请寄送至本通知书首页顶部提供的地址来进行申请。此号码仅用于申请调解会。**您不可以使用该号码来申请召开公平听证会。**如果您申请举行调解会，您仍有权申请召开公平听证会。如果您想在获得公平听证会判决结果之前继续领取自己的福利（继续获得援助），那么您必须采用下述方式申请召开公平听证会。请阅读下方的公平听证会信息。

**获取您的文件和文档复印件：**为帮助您为听证会做好准备，您有权查看您的个案文件。如果您通过电话或信件联系我们，我们将向您免费寄送您文件中文档的复印件，并将在听证会上向听证官提供此资料。同时，如果您通过电话或信件联系我们，我们将向您免费寄送您认为可能需要用于为听证会做好准备的其它文档的复印件。如果您打电话或写信给我们，我们还将免费为您提供必要的具体政策材料，以便您决定是否申请召开公平听证会或为听证会做好准备。我们可为您提供的政策材料包括以下文档：行政指令、一般信息系统消息、信息性信函、Medicaid 参考指南的部分内容、Department of Health Medicaid 最新通讯和当地局长备忘录。要申请获取具体政策材料、文档或了解查看文件的方法，请拨打本通知书正面顶部提供的“记录存取”电话号码，或者写信邮寄至本通知书正面顶部提供的地址以联系我们。如果您需要您个案文件的免费具体政策材料或文档复印件，应提前申请。我们将在听证会之前的适当时间向您提供该资料。只有在您特别请求邮寄文档时，才会将文档邮寄给您。

**公平听证会权利：**如果您认为以上措施有误，则可以申请举行纽约州公平听证会。申请方式如下：

- 1) **电话：**您可拨打纽约州免费电话：800-342-3334（请在拨打电话时将此通知放在手边备用）或者
- 2) **传真：**将本通知书副本用传真发送至：(518) 473-6735；或者
- 3) **在线：**请访问以下网址，填写并发送在线申请表：<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>；或者
- 4) **写信：**将已填妥的本通知书副本邮寄至：Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201。请自行留存一份副本。

我要申请召开公平听证会。该机构的行动有误，原因如下： \_\_\_\_\_

正楷体姓名： \_\_\_\_\_ 个案编号 \_\_\_\_\_  
地址： \_\_\_\_\_ 电话： \_\_\_\_\_  
客户签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**自本通知书发出之日起，您有 60 天时间申请召开公平听证会：**申请听证会后，纽约州将向您发送一份通知，告知您举行公平听证会的时间及地点。您有权邀请法律顾问、亲属、朋友或他人作为代表参加听证会，也可以自己提出异议。在听证会当中，您的律师或其他代表将有机会出示书面或口头证据以证明之前措施有误，以及有机会向出席听证会的任何人员发问。此外，您还有权邀请证人为您提供证据。您应携带任何可为您的个案提供有力证据的文件出席听证会，诸如本通知书、工资单、收据、医疗账单、供暖账单、医疗诊断书、信件等文件。

**继续领取您的福利：**如果您在本通知书注明的生效日期之前申请召开公平听证会，那么在该公平听证会判决发布之前，您可以继续领取自己的福利。但是，如果您输掉了公平听证会，我们将收回您不应领取的任何 Medicaid 福利。如果您希望避免出现这种情况，请勾选下面的方框，以表明您不希望继续获得援助，并将本页与您的听证会申请一同发送给我们。如果您勾选此方框，则我们将从上述生效日期开始采取上述行动。

我同意在公平听证会判决发布之前，对我的 Medicaid 福利采取如本通知所述的行动。

**法律援助：**如果您需要获取免费法律援助，可联系您所在地的法律援助协会 (Legal Aid Society) 或其他法律支持团体来获取此类援助。您可以在黄页的“律师” (Lawyers) 条目下查找附近的法律援助协会或维权团队信息，也可以拨打本通知书第一页中提供的电话号码以进行查询。

**信息：**如果您想获取与您的个案相关的更多信息，或者想详细了解申请召开公平听证会、查看文件或获取其他文件副本的方法，请拨打本通知书第 1 页提供的电话号码，或者写信邮寄至本通知书第 1 页提供的地址以联系我们。

**注意：**未满 19 岁的不具备 Medicaid 或其他健康保险参保资格的儿童可能有资格投保 Child Health Plus 保险计划。该计划提供针对儿童的健康护理保险服务。请拨打 1-800-698-4543 获取相关信息。