

**AVI POU FÈ OU KONNEN NOU AKSEPTE APLIKASYON MEDICAID OU AN
(Pwoteksyon Kominotè ak Swen Alontèm ki Baze nan Kominote a)**

DAT AVI A:		DAT LI ANVIGÈ:		NON AK ADRÈS AJANS/SANT OSWA BIWO DISTRI	
NIMEWO DOSYE		NIMEWO CIN			
NIMEWO DOSYE (Ak Non C/O si genyen) AK ADRÈS					
				NIMEWO TELEFÒN JENERAL POU KESYON OSWA ÈD _____	

				OSWA Konferans avèk Ajans _____	
				Enfòmasyon ak Èd sou Odyans san Patipri _____	
				Aksè nan Dosye _____	
				Enfòmasyon sou Èd Jiridik _____	
NIMEWO BIWO	NIMEWO INITE	NIMEWO TRAVAYÈ SOSYAL	NON INITE OSWA NON TRAVAYÈ SOSYAL		NIMEWO TELEFÒN

N ap voye avi sa a pou di ou Depatman sa a ap **AKSEPTE** aplikasyon Medicaid ou a ki gen dat _____ pou non _____ pou Pwoteksyon Medicaid Kominotè ak Swen Alontèm ki Baze nan Kominote a. Men rezon pou desizyon sa a:

- Paske ou te mande pou nou detèmine kalifikasyon ou pou Medicaid pou tout swen ak sèvis ki garanti, tankou swen alontèm ki baze nan kominote a, men pa sèvis nan mezon retrèt, nou pa t evalye prèv resous ou yo pou transfè byen nan peryòd avan an (jiska 60 mwa anvan demann ou an) epi ou **PA** gen pwoteksyon pou sèvis etablisman swen sa yo:
 - swen nan mezon retrèt ki reyabilitasyon akoutèm
 - swen mezon retrèt yo bay nan yon lopital
 - ospis nan yon mezon retrèt
 - swen kowòdone alontèm nan yon mezon retrèt
 - sèvis nan sant swen entèmedyè
- Ou te mande pou nou detèmine kalifikasyon ou pou Medicaid pou tout swen ak sèvis ki garanti, tankou swen nan mezon retrèt men ou pa te bay prèv resous ou pou transfè byen nan peryòd avan an (jiska 60 mwa anvan demann ou an). Ou pa te verifye:

Paske ou pa te bay prèv resous ou pou transfè byen nan peryòd avan an (jiska 60 mwa), ou pa pral gen pwoteksyon pou sèvis nan mezon retrèt yo ki endike anwo a.

- REVNI/RESOUS EKSEDAN**
Gade OHIP-0099 ki nan anvlòp la. Avi konsènan Desizyon sou Aplikasyon Medicaid ou (Revni/Resous Eksedan).

NÒT: Si gen lòt faktè ki afekte pwoteksyon Medicaid, nou voye yon anons apa pou sa nan anvlòp la.

Tanpri gade nan Enfòmasyon Nivo Itilizasyon Èd Medikal la, w ap jwenn li nan seksyon Èd Medikal tiliv la, "LDSS-4148B: Sa Ou Ta Dwe Konnen sou Pwogram Sèvis Sosyal yo." Enfòmasyon an eksplike nenpòt limitasyon sou sèvis yo. Yo te ba ou LDSS-4148B la lè ou te aplike pou asistans.

Si ou soumèt bòdwo medikal ou te peye pou ranbousman dirèk, n ap kontakte ou apa ak desizyon nou an.

Si ou bezwen pwoteksyon Medicaid pou sèvis nan yon etablisman swen, kontakte travayè w la touswit. Lè sa a, nou pral fè aranjman pou egzaminen prèv resous ou yo pou transfè byen avan yo pou konnen si ou kalifye pou pwoteksyon Medicaid pou sèvis sa yo.

Desizyon sa a baze sou Règleman 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 ak 360-4.8 ak Seksyon 366-a (2) Lwa Sèvis Sosyal.

Nou mete yon feyè bidjè pou ou ka wè kijan nou te detèmine kalifikasyon ou pou avantaj.

*RÈGLEMAN YO EGZIJE POU FÈ DEPATMAN SA A KONNEN TOUSWIT NENPÒT CHANJMAN
NAN BEZWEN OU YO, NAN RESOUS OU YO, NAN AKÒ POU RETE NAN KAY OSWA NAN ADRÈS OU.*

**OU GEN DWA KONTESTE DESIZYON SA A
ASIRE OU LI PAJ DÈYÈ AVI SA A POU KONNEN KIJAN POU KONTESTE DESIZYON SA A**

DWA POU ALE NAN YON KONFERANS: Ou gen dwa ale nan yon konferans pou evalye aksyon sa yo. Si ou ta vle pou gen yon konferans, ou ta dwe mande youn san pèdi tan. Nan konferans lan, si nou dekouvri nou te pran yon desizyon ki pa kòrèk oswa si, akòz enfòmasyon ou bay yo, nou deside chanje desizyon nou, n ap pran mezi pou korige desizyon an epi ba ou yon lòt avi. Pou mande pou ale an yon konferans, rele nimewo ki paj devan avi sa a oswa depi ou voye yon demann alekri ban nou nan adrès ki endike anlè premye paj avi sa a. Itilize nimewo sa a sèlman pou mande yon konferans. **Se pa konsa ou mande yon odyans san patipri.** Si ou mande yon konferans, ou toujou gen dwa pou yon odyans san patipri. Si ou vle gen avantaj ou yo kontinye san rete (èd kontinye) jiskaske ou jwenn yon desizyon odyans san patipri a, ou dwe mande yon odyans san patipri nan fason ki dekri anba la a. Li pi ba a pou enfòmasyon sou odyans san patipri.

AKSÈ NAN DOSYE AK KOPI DOKIMAN YO: Pou ede ou prepare ou pou odyans lan, ou gen dwa pou gade dosye ou yo. Si ou rele nou oswa si ou ekri nou, n ap voye ba ou kopi dokiman dosye ou yo pou gratis, epitou se dokiman sa yo n ap bay ofisye odyans lan nan odyans san patipri a. Epitou, si ou rele oswa si ou ekri nou, n ap ba ou kopi gratis lòt dokiman dosye ou panse ou ka bezwen pou prepare pou odyans san patipri ou. Si ou rele oswa ekri nou, nou pral mete dokiman règleman espesifik disponib ki nesesè pou ou deside si w ta dwe mande yon odyans san patipri oswa prepare pou odyans la gratis. Men yon egzanp kèk dokiman règleman ki ka disponib pou ou: Direktiv Administratif, mesaj Sistèm Enfòmasyon Jeneral, Lèt Enfòmèl, pòsyon Gid Referans Medicaid, Bilten enfòmasyon Medicaid Depatman Sante ak Memorandòm Komisè Lokal yo. Pou mande dokiman yo oswa pou konnen kijan pou gade dosye ou, rele nou nan nimewo telefòn Aksè nan Dosye ki endike anlè paj devan avi sa a, oswa ekri nou nan adrès ki enprime anlè paj devan avi sa a. Si ou vle kopi dokiman règleman espesifik oswa dokiman ki nan dosye ou gratis, ou ta dwe mande yo davans. N ap ba ou yo nan yon dèle rezonab anvan dat odyans lan. N ap voye dokiman yo pou ou pa lapòs sèlman si ou fè yon demann espesyal pou sa.

DWA POU ALE NAN YON ODYANS SAN PATIPRI: Si ou kwè aksyon anwo a pa kòrèk, ou ka mande yon Odyans san Patipri devan Eta a:

- 1) Telefòn:** Ou ka rele nimewo telefòn gratis pou tout eta a: 800-342-3334 (TANPRI METE AVI SA A TOUPRE OU NAN MOMAN W AP RELE A) **OSWA**
- 2) Faks:** Voye yon kopi avi sa a nan nimewo faks (518) 473-6735; **OSWA**
- 3) Sou Entènèt:** Ranpli fòm demann lan sou entènèt epi voye li nan sitwèb: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **OSWA**
- 4) Ekri:** Voye yon kopi avi sa a **ranpli**, bayFair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Tanpri kenbe yon kopi pou ou.

Mwen vle yon odyans san patipri. Desizyon Ajans la pa kòrèk paske: _____

Ekri non an lèt Detache: _____ Nimewo Dosye _____

Adrès: _____ Telefòn: _____

Siyati Kliyan: _____ Dat: _____

OU GEN 60 JOU APRE DAT OU RESEVWA AVI SA A POU MANDE YON ODYANS SAN PATIPRI. Si ou mande yon odyans san patipri, Eta ap voye yon avi ba ou pou fè ou konnen lè ak kote odyans lan ap fèt. Ou gen dwa pou fè yon avoka, yon manm fanmi, yon zanmi oswa yon lòt moun reprezante ou. Ou ka reprezante tèt ou tou. Nan odyans lan, avoka ou oswa lòt reprezantan ou ap jwenn opòtinite pou prezante prèv alekri ak prèv aloral pou montre pou kisa nou pa ta dwe pran desizyon an. L ap jwenn opòtinite tou pou kesyone nenpòt moun ki prezante nan odyans lan. Epitou, ou gen dwa pou vini avèk temwen ki pou pale anfavè ou. Ou ta dwe pote nenpòt dokiman tankou avi sa a, souch chèk, resi, bòdwo medikal, bòdwo chofaj, verifikasyon medikal, lèt, elatriye ki kapab itil nan prezantasyon dosye ou.

ÈD JURIDIK: Si ou bezwen èd jiridik gratis, ou ka gen posiblite pou jwenn èd la si ou kontakte Sosyete Èd Jiridik (Legal Aid Society) zòn ou oswa lòt gwoup avoka. Ou ka chèche Sosyete Èd Jiridik oswa gwoup avoka depi ou tcheke Paj Jòn anba "Lawyers" (avoka) oswa depi ou rele nimewo ki endike anwo premye paj avi sa a.

ENFÒMASYON: Si ou vle jwenn enfòmasyon sou dosye ou, enfòmasyon sou fason pou mande yon odyans san patipri, oswa enfòmasyon sou fason pou resevwa lòt kopi dokiman yo, rele nou nan nimewo telefòn ki anlè paj 1 avi sa a, oswa ekri nou nan adrès ki enprime anlè paj 1 avi sa a.

ATANSYON: Timoun ki poko gen 19 lane ki pa kalifye pou Medicaid oswa lòt asirans medikal ka kalifye pou plan asirans Child Health Plus pou timoun. Plan an bay asirans swen sante pou timoun. Rele 1-800-698-4543 pou jwenn enfòmasyon.