

**NOTIFICA DI ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA DI ADESIONE A MEDICAID
(Copertura in comunità con assistenza a lungo termine presso una comunità)**

DATA DI NOTIFICA:		DECORRENZA:		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

Le inviamo la presente notifica per informarla che questo Dipartimento **ACCETTERÀ** la domanda di adesione a Medicaid datata: _____ per il nominativo/i nominativi _____ riguardo alla copertura in comunità Medicaid con assistenza a lungo termine presso una comunità. La motivazione alla base di questa decisione è la seguente:

- Poiché lei ci ha richiesto di stabilire la sua idoneità Medicaid a tutta l'assistenza e ai servizi coperti, compresa l'assistenza a lungo termine presso una comunità, con esclusione dei servizi in strutture di cura, non abbiamo riesaminato le prove documentali delle sue risorse per il periodo di valutazione del trasferimento dei beni patrimoniali (fino a 60 mesi prima della sua richiesta) e lei **NON** sarà coperto per i seguenti servizi in strutture di cura:
- assistenza in casa di cura diversa dall'assistenza riabilitativa a breve termine
 - assistenza in casa di cura fornita in un ospedale
 - ricovero in una casa di cura
 - assistenza gestita a lungo termine in una casa di cura
 - servizi in strutture di assistenza di livello intermedio
- Lei ci ha richiesto di stabilire la sua idoneità Medicaid a tutta l'assistenza e ai servizi coperti, compresi i servizi in strutture di cura, ma non ha fornito le prove documentali delle sue risorse per il periodo di valutazione del trasferimento dei beni patrimoniali (fino a 60 mesi prima della sua richiesta). Lei ha omesso di verificare:

In seguito alla sua omissione nel fornire prove documentali delle sue risorse per il periodo di valutazione del trasferimento dei beni patrimoniali (fino a 60 mesi), non riceverà la copertura dei servizi di assistenza in casa di cura sopra indicati.

- REDDITO/RISORSE IN ECCESSO**
Consulti il documento allegato OHIP-0099: Notifica della decisione relativa alla sua domanda di adesione a Medicaid (Reddito/risorse in eccesso).

NOTA: se la sua copertura Medicaid è condizionata da altri fattori, è allegata una notifica a parte.

La preghiamo di leggere le informazioni relative alle soglie di utilizzo dell'assistenza medica) contenute nella sezione Assistenza sanitaria dell'opuscolo "LDSS-4148B: Informazioni importanti sui programmi di servizi sociali". Le informazioni spiegano le eventuali limitazioni dei servizi. L'opuscolo LDSS-4148B le è stato consegnato al momento dell'invio della domanda di adesione al servizio di assistenza.

Se ha richiesto il rimborso diretto delle spese mediche sostenute, la nostra decisione le verrà notificata separatamente.

Se necessita della copertura Medicaid per i servizi in strutture di cura, la preghiamo di contattare immediatamente l'operatore. Provvederemo quindi a esaminare le prove documentali delle sue risorse per il periodo di valutazione del trasferimento dei beni patrimoniali in modo da verificare la sua idoneità alla copertura Medicaid per tali servizi.

Questa decisione si basa sulle norme 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 e 360-4.8 e Sezione 366-a(2) della Social Services Law (Legge sui servizi sociali).

Abbiamo allegato uno o più prospetti di bilancio per darle la possibilità di valutare in che modo abbiamo stabilito l'idoneità ai sussidi.

LE NORME STABILISCONO CHE VENGANO COMUNICATE IMMEDIATAMENTE A QUESTO DIPARTIMENTO LE EVENTUALI MODIFICHE A ESIGENZE, 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.