

**NOTIFICA DELLA DECISIONE RELATIVA ALLA RICHIESTA PER INDEBITA SOFFERENZA
(Penale di trasferimento di beni patrimoniali)**

DATA DI NOTIFICA:		DECORRENZA:		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE	
N. PRATICA		N. CIN			
NOME PRATICA (e generalità di chi offre domicilio, se presente) E INDIRIZZO					
				N. DI 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	N. OPERATORE	NOME UNITÀ O OPERATORE		N. TELEFONO

Abbiamo preso una decisione riguardo alla sua richiesta di copertura Medicaid di servizi in strutture di cura per indebita sofferenza.

Abbiamo stabilito che in data _____ lei/il coniuge ha trasferito (bene/i) _____ del valore di \$ _____. La differenza tra questo valore e l'importo effettivamente ricevuto (\$ _____) è di \$ _____. Questo importo viene considerato pari al valore non compensato.

Poiché lei/il coniuge ha trasferito questo/i bene/i per un valore minore di quello effettivo, non è idoneo/a a ricevere i servizi in strutture di cura se non risponde ai criteri di indebita sofferenza. L'indebita sofferenza sussiste se:

- lei soddisfa tutti gli altri requisiti di idoneità, e
- non riesce a ottenere assistenza medica appropriata senza ricevere Medicaid; **oppure**
- l'applicazione di un periodo di penale di trasferimento la priverebbe di alimenti, vestiario, dimora o altre necessità di vita.

In base ai suddetti criteri,

APPROVEREMO la sua richiesta datata _____ di copertura Medicaid di servizi in strutture di cura per indebita sofferenza in base alla seguente motivazione: _____

RIFIUTEREMO la sua richiesta di copertura Medicaid di servizi in strutture di cura per indebita sofferenza in base alla seguente motivazione: _____

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

Questa decisione si basa sulla Sezione 366.5 della Social Services Law (Legge sui servizi sociali).

LEGGA LA NOTIFICA ALLEGATA (Effetti del trasferimento di beni sull'idoneità all'assistenza medica) PER INFORMAZIONI IMPORTANTI SUL TRASFERIMENTO DI BENI.

LE NORME STABILISCONO CHE VENGANO COMUNICATE IMMEDIATAMENTE A QUESTO DIPARTIMENTO EVENTUALI VARIAZIONI DI CONDIZIONI ECONOMICHE, 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 scritta 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 suo 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 il materiale informativo specifico di cui necessita per decidere se richiedere un'udienza imparziale o per prepararsi all'udienza. I materiali informativi 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 richiederà 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 comunicazione 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) **Posta:** invii una copia **compilata** di questa notifica a: 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 un avviso 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 locale o un altro ente di patrocinio legale gratuito. Può trovare la sede della Legal Aid Society o dell'ente di patrocinio legale più vicina 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 anni 19 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 per minori Child Health Plus. Questo piano fornisce assistenza sanitaria per minori. Chiami 1-800-698-4543 per maggiori informazioni