

과중한 부담 결정 요청에 대한 결정 통지  
(자산 양도 불이익)

통지 날짜:	발효 날짜:	기관/센터 또는 지역 사무실 이름 및 주소		
케이스 번호	CIN 번호			
케이스 이름(C/O 이름 존재 시 함께 기재) 및 주소				
		문의 사항 또는 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

요양 시설 서비스의 Medicaid 보장을 위한 과중한 부담 결정 요청에 대한 결정을 내렸습니다.

귀하/귀하의 배우자가 (날짜) \_\_\_\_\_에 \$ \_\_\_\_\_ 상당의 (항목) \_\_\_\_\_을(를) 양도했음을 확인했습니다. 이 금액과 실제 수령한 금액(\$ \_\_\_\_\_)의 차이는 \$ \_\_\_\_\_입니다. 이 금액은 미보상액으로 간주됩니다.

귀하/귀하의 배우자는 이 자산을 원래 가치보다 적은 금액으로 양도했으므로, 과중한 부담 조건을 충족하지 않는 한 요양 시설 서비스의 자격이 없습니다. 다음의 경우 과중한 부담의 조건에 해당합니다.

- 다른 모든 자격 요건을 충족하는 경우 및
- Medicaid 혜택을 받지 못하면 적절한 의료 서비스를 받을 수 없는 경우 또는
- 양도 불이익 적용으로 인해 의식주 또는 기타 생활 필수 요건이 박탈되는 경우

위와 같은 조건을 기준으로 당 기관은 다음과 같은 결정을 내립니다.

승인 요양 시설 서비스의 Medicaid 보장을 위해 \_\_\_\_\_ 날짜에 신청한 과중한 부담으로 인한 요청을 승인하며, 그 이유는 다음과 같습니다. \_\_\_\_\_

거부 요양 시설 서비스의 Medicaid 보장의 과중한 부담으로 인한 요청에 대해 거부하며, 그 이유는 다음과 같습니다. \_\_\_\_\_

참고: Medicaid 보장에 영향을 주는 다른 요인이 있는 경우 별도의 통지가 동봉됩니다.

이 결정은 Social Services Law(사회보장서비스법) 섹션 366.5 를 기반으로 합니다.

자산 양도에 관한 중요 정보가 담긴 동봉된 통지서(의료 지원 자격에 대한 자산 양도의 영향)를 읽어보십시오.

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 1 페이지에 기재된 전화번호로 전화하거나 1 페이지 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 제공할 수 있는 정책 자료에는 행정 명령, 일반 정보 시스템 메시지, 정보 서신, 일부 Medicaid 참조 안내서, 보건부(Department of Health) Medicaid 업데이트 뉴스레터, 지역 위원회 제안서 등과 같은 문서가 포함됩니다. 특정 정책 자료나 서류 요청 또는 파일 열람 방법에 대한 문의를 원하시면, 본 통지서의 1 페이지 상단에 기재된 기록 열람 전화번호로 전화하거나 본 통지서의 1 페이지 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 권리:** 위 조치가 부당하다고 여기는 경우 다음 중 하나의 방법으로 공청회를 요청하실 수 있습니다.

- 1) **전화:** 다음 번호로 주 전 지역 수신자 부담 전화를 이용할 수 있습니다. 800-342-3334 (통화 시 본 통지서를 지참하십시오) 또는
- 2) **팩스:** 본 통지서의 사본을 팩스 (518) 473-6735; 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 12201(으)로 보내십시오. 사본을 보관하십시오.

공청회를 요청합니다. 귀 기관의 결정이 잘못되었으며 그 이유는 다음과 같습니다. \_\_\_\_\_

이름(정자체): \_\_\_\_\_ 케이스 번호 \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

의뢰인 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

**본 통지서 날짜로부터 60 일 이내에 공청회를 요청하셔야 합니다.** 공정 심리 요청을 하는 경우 주에서 공정 심리의 시간과 장소를 알려 드리는 통지서를 보내 드립니다. 귀하에게는 법률 고문, 친척, 친구 또는 다른 사람으로부터 변호를 받거나 스스로를 변호할 권리가 있습니다. 공청회에서 귀하의 변호사 또는 기타 대리인은 최초 결정에 따른 조치가 이행되면 안 되는 이유를 보여주는 서면 또는 구술 증거를 제시하며, 공청회에 참석한 모든 사람에게 질문할 기회가 주어집니다. 또한, 귀하는 귀하의 편에서 이야기할 임회인을 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 또는 기타 법률 옹호 단체에 연락하시면 해당 지원을 받으실 수 있을 것입니다. 가까운 Legal Aid Society 또는 법률옹호단체의 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 1 페이지 상단에 나와 있는 전화번호로 전화하시거나 본 통지서의 1 페이지 상단에 인쇄된 주소로 서신을 보내주십시오.

**주의:** Medicaid 또는 기타 건강보험 자격이 없는 19 세 미만 아동은 Child Health Plus 보험 플랜에 자격이 있을 수 있습니다. 본 플랜은 아동을 위한 건강 관리 보험을 제공합니다. 문의 사항은 1-800-698-4543 번으로 전화해 주십시오