

**УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ ПО ЗАЯВЛЕНИЮ О ЗАТРУДНИТЕЛЬНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ
(Штрафная санкция в связи с передачей активов)**

ДАТА УВЕДОМЛЕНИЯ:		ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ	НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ/ЦЕНТРА ИЛИ РАЙОННОГО ОФИСА	
НОМЕР ДЕЛА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (CIN)			
ИМЯ, ФАМИЛИЯ И АДРЕС КЛИЕНТА (и имя, фамилия адресата, если есть)				
			ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СПРАВОЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ _____	
			ИЛИ Собеседование в учреждении _____ для получения информации относительно объективного разбирательства и помощи _____ Доступ к материалам _____ Информация о юридической помощи _____	
ОФИС №	ОТДЕЛЕНИЕ №	СОТРУДНИК №	НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Мы приняли решение по Вашему заявлению о затруднительных обстоятельствах в отношении страхового покрытия услуг учреждений с сестринским уходом в рамках программы Medicaid.

Нами установлено, что (дата) _____ Вы / Ваш (-а) супруг (-а) осуществили передачу (объект (ы)) _____ оценочной стоимостью _____ долл. Разница между этим значением и фактически полученной суммой (_____ долл.) составляет _____ долл. Эта сумма считается невозмещенной стоимостью.

Поскольку Вы / Ваш (-а) супруг (-а) передали это имущество за сумму меньше реальной стоимости, Вы не имеете права на покрытие услуг учреждений с сестринским уходом, если не соответствуете критериям в отношении затруднительных обстоятельств. Затруднительные обстоятельства существуют, если:

- Вы соответствуете всем прочим требованиям для получения покрытия;
- Вы не можете получить надлежащее медицинское обслуживание без Medicaid; **или**
- применение штрафного периода в связи с передачей активов приведет к тому, что Вы лишитесь продовольствия, одежды, жилья или других предметов первой необходимости.

Учитывая описанные выше критерии, мы

ОДОБРЯЕМ Ваше заявление о затруднительных обстоятельствах от _____ в отношении страхового покрытия услуг учреждений с сестринским уходом в рамках программы Medicaid по следующему основанию:

_____.

ОТКЛОНЯЕМ Ваше заявление о затруднительных обстоятельствах в отношении страхового покрытия услуг учреждений с сестринским уходом в рамках программы Medicaid по следующему основанию:

_____.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если на Ваше покрытие по программе Medicaid влияют также другие факторы, см. прилагаемое отдельное уведомление.

Данное решение принято на основании раздела 366.5 Закона о социальных службах.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРИЛАГАЕМОМ УВЕДОМЛЕНИЕМ («Влияние передачи активов на право участия в программе Medical Assistance»), ГДЕ ПРИВЕДЕНА ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПЕРЕДАЧЕ АКТИВОВ.

*НОРМАТИВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕБУЮТ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО УВЕДОМИТЬ ДАННЫЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ОБО ВСЕХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОТРЕБНОСТЕЙ, РЕСУРСОВ, ЖИЛИЩНЫХ УСЛОВИЙ ИЛИ АДРЕСА*

**ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНФОРМАЦИЕЙ НА ОБОРОТНОЙ СТОРОНЕ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ, ЧТОБЫ
УЗНАТЬ, КАК ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ**

ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ. Вы имеете право на собеседование для пересмотра вынесенных решений. Если Вы хотите провести собеседование, Вы должны обратиться с соответствующим заявлением в кратчайшие сроки. Если на собеседовании будет установлено, что принятое решение неверно, или если решение будет изменено на основании представленной Вами информации, будут приняты корректирующие меры и Вам будет вручено другое уведомление. Чтобы подать запрос на проведение собеседования, позвоните нам по номеру, указанному на первой странице этого уведомления, или отправьте письменный запрос по адресу, указанному в верхней части первой страницы данного уведомления. Этот номер используется только для подачи заявлений о проведении собеседования. **Для подачи заявления о проведении объективного разбирательства предусмотрен другой порядок.** Если Вы обратитесь с заявлением о проведении собеседования, Вы не утратите право на объективное разбирательство. Если Вы хотите, чтобы до вынесения решения по результатам объективного разбирательства Ваши льготы оставались без изменений (выплаты пособия продолжались), Вы должны подать заявление о проведении объективного разбирательства так, как описано ниже. Информацию об объективном разбирательстве см. ниже.

ДОСТУП К МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ. В процессе подготовки к слушанию Вам предоставляется право ознакомиться с материалами дела. Если Вы позвоните или напишете нам, Вам будут бесплатно предоставлены копии документов из Вашего дела, которые будут переданы сотруднику, проводящему объективное разбирательство. Кроме того, если Вы позвоните или напишете нам, мы бесплатно вышлем Вам копии других документов из Вашего дела, которые, по Вашему мнению, могут потребоваться для подготовки к объективному разбирательству. Если Вы позвоните или напишете нам, мы также бесплатно предоставим Вам конкретные нормативные материалы, необходимые Вам, чтобы решить, следует ли запрашивать проведение объективного разбирательства, или чтобы подготовиться к разбирательству. Нормативные материалы, которые могут быть Вам предоставлены, включают, к примеру, такие документы: Административные директивы, сообщения общей информационной системы, информационные письма, части справочника Medicaid, новостные рассылки Департамента здравоохранения касательно Medicaid и меморандумы руководителя местной службы. Чтобы запросить конкретные нормативные материалы или документы либо узнать, как ознакомиться со своим делом, позвоните по номеру телефона, указанному в графе «Доступ к материалам» в верхней части лицевой стороны настоящего уведомления, или напишите по адресу, указанному в верхней части лицевой стороны настоящего уведомления. Если Вам нужны бесплатные копии конкретных нормативных материалов или документов из Вашего дела, обратитесь за ними заранее. Они будут переданы Вам в разумный срок до даты проведения разбирательства. Документы будут отправлены Вам по почте только в том случае, если Вы специально попросите об этом.

ПРАВО НА ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО. Если, по Вашему мнению, указанное решение является неверным, Вы можете обратиться с заявлением о проведении объективного разбирательства на уровне штата. Для этого воспользуйтесь одним из указанных ниже способов.

- 1) **Телефон.** Вы можете позвонить по бесплатному номеру, действующему на территории штата: 800-342-3334 (ВО ВРЕМЯ ЗВОНКА ДЕРЖИТЕ ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ПОД РУКОЙ) **ИЛИ**
- 2) **По факсу.** Отправьте копию настоящего уведомления по факсу на номер (518) 473-6735; **ИЛИ**
- 3) **Интернет.** Заполните и отправьте форму запроса онлайн по адресу: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **ИЛИ**
- 4) **По почте.** Отправьте **заполненную** копию данного уведомления по адресу Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Сохраните копию настоящего уведомления.

Я хочу, чтобы было проведено объективное разбирательство. Решение учреждения является неверным по следующим причинам: _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____ Номер дела _____

Адрес: _____ Телефон: _____

Подпись клиента: _____ Дата: _____

ВЫ МОЖЕТЕ ПОДАТЬ ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА В ТЕЧЕНИЕ 60 ДНЕЙ С ДАТЫ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ. Если Вы обратитесь с заявлением о проведении объективного разбирательства, органы власти штата вышлют Вам уведомление о времени и месте его проведения. Вы имеете право на представление своих интересов адвокатом, родственником, знакомым или иным лицом либо можете выступать самостоятельно. В ходе разбирательства Вы, Ваш адвокат или другой представитель будут иметь возможность представить письменные и устные доказательства причин, по которым данное решение не должно быть вынесено, а также возможность опросить любых лиц, присутствующих на разбирательстве. Вы также имеете право вызвать свидетелей, которые выступят в Вашу поддержку. Принесите на разбирательство все имеющиеся у Вас документы, которые могут помочь в представлении Вашего дела, например настоящее уведомление, корешки чеков, квитанции, счета на оплату медицинских услуг, счета за отопление, медицинские справки, письма и т. д.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ. Если Вам нужна бесплатная юридическая помощь, Вы можете обратиться в местное общество Legal Aid Society или другую общественную группу юридической поддержки. Контактная информация ближайшего Legal Aid Society или общественной группы юридической поддержки приведена в разделе «Адвокаты» (Lawyers) телефонного справочника Yellow Pages. Кроме того, Вы можете позвонить по телефону, указанному на первой странице данного уведомления.

ИНФОРМАЦИЯ. Для получения более подробной информации о Вашем деле, о том, как подать заявление о проведении объективного разбирательства, как ознакомиться со своим делом или как получить дополнительные копии документов, позвоните по номерам телефонов или напишите по адресу, указанным в верхней части первой страницы настоящего уведомления.

ВНИМАНИЕ: Дети в возрасте до 19 лет, не соответствующие критериям участия в программе Medicaid или другой программе медицинского страхования, могут иметь право на участие в программе медицинского страхования для детей Child Health Plus. Эта программа предоставляет медицинское страхование детей. Для получения более подробной информации позвоните по номеру 1-800-698-4543