

**AVISO DE LA DECISIÓN SOBRE SU SOLICITUD POR DIFICULTADES EXCESIVAS  
(Sanción por transferencia de bienes)**

FECHA DEL AVISO:		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/DEL CENTRO O DE LA OFICINA DEL DISTRITO	
NÚMERO DE CASO		NÚMERO DE CIN		N.º DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA ----- <input type="radio"/> Reunión con la agencia _____ Información y asistencia para la audiencia imparcial _____ Acceso a los registros _____ Información de asistencia legal _____	
NOMBRE DEL CASO (y nombre de la persona a quien va dirigida la correspondencia si estuviera presente) Y DIRECCIÓN					

OFICINA N.º	UNIDAD N.º	TRABAJADOR N.º	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR	N.º DE TELÉFONO
-------------	------------	----------------	--------------------------------	-----------------

Hemos tomado una decisión sobre su solicitud por apremio excesivo para la cobertura de Medicaid de los servicios en un establecimiento para personas de la tercera edad.

Hemos determinado que el (fecha) \_\_\_\_\_ usted/su cónyuge transfirieron (artículos) \_\_\_\_\_ valorados en \$ \_\_\_\_\_. La diferencia entre este valor y la cantidad que se recibió en realidad (\$ \_\_\_\_\_) es de \$ \_\_\_\_\_. Se considera que esta cantidad es el valor no compensado.

Debido a que usted/su cónyuge transfirieron estos bienes por una cantidad menor que su valor, usted no es elegible para recibir servicios en un establecimiento para personas de la tercera edad, a menos que cumpla los criterios de apremio excesivo. Un apremio excesivo es cuando:

- usted cumple todos los demás requisitos de elegibilidad;
- usted no puede obtener atención médica adecuada sin recibir Medicaid;
- la aplicación de un período de sanción por transferencia lo privaría de comida, ropa, albergue u otras necesidades indispensables de la vida.

Según los criterios que aparecen arriba, nosotros

**ACEPTAREMOS** su solicitud por dificultades excesivas con fecha \_\_\_\_\_ para la cobertura de Medicaid de los servicios en un asilo de ancianos porque: \_\_\_\_\_

**DENEGAREMOS** su solicitud por dificultades excesivas para la cobertura de Medicaid de los servicios en un asilo de ancianos porque: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Si existen otros factores que afectan su cobertura de Medicaid, se adjuntará un aviso por separado.

Esta decisión se toma en virtud del artículo 366.5 de la Ley de Servicios Sociales (Social Services Law).

LEA EL AVISO ADJUNTO (Efecto de la transferencia de bienes en la elegibilidad para asistencia médica) PARA CONOCER INFORMACIÓN IMPORTANTE RELACIONADA CON LA TRANSFERENCIA DE BIENES.

*LOS REGLAMENTOS REQUIEREN QUE USTED NOTIFIQUE DE INMEDIATO A ESTE DEPARTAMENTO SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN SUS NECESIDADES, RECURSOS, ARREGLOS DE VIVIENDA O DIRECCIÓN.*

**USTED TIENE DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTE AVISO PARA SABER CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

**DERECHO A UNA REUNIÓN:** Usted puede tener una reunión para revisar estas medidas. Si quiere una reunión, debe solicitar una lo más pronto posible. En la reunión, si descubrimos que hemos tomado la decisión equivocada o si, debido a la información que usted presente, decidimos cambiar nuestra decisión, tomaremos medidas correctivas y le daremos un nuevo aviso. Usted puede solicitar una reunión llamándonos al número que aparece en la primera página de este aviso o enviando una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de este aviso. Este número solo se utiliza para solicitar una reunión. ***Esta no es la forma en la que se solicita una audiencia imparcial.*** Si solicita una reunión, aún tiene derecho a una audiencia imparcial. Si quiere que sus beneficios continúen sin cambios (ayuda continua) hasta que obtenga una decisión de la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de la manera en la que se describe abajo. Lea abajo la información acerca de la audiencia imparcial.

**ACCESO A SU EXPEDIENTE Y A COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarlo a prepararse para la audiencia, tiene derecho a ver el expediente de su caso. Si nos llama o escribe, le daremos copias gratis de los documentos de su expediente, que le entregaremos al oficial de la audiencia en la audiencia imparcial. Además, si nos llama o escribe, le daremos copias gratis de otros documentos de su expediente que usted considere necesarios para prepararse para su audiencia imparcial. Si nos llama o escribe, también pondremos a su disposición, sin costo alguno, documentos específicos de las políticas necesarios para que usted decida si quiere solicitar una audiencia imparcial o prepararse para la audiencia. El material de las políticas que puede estar disponible para usted incluye documentos como: directivas administrativas, mensajes del sistema de información general, cartas informativas, partes de la guía de referencia de Medicaid, boletines actualizados del Departamento de Salud sobre Medicaid y memorandos del comisionado local. Para solicitar documentos de las políticas específicos o para saber cómo ver su expediente, comuníquese con nosotros llamando al número de teléfono de acceso a los registros que aparece en la parte superior del frente de este aviso o escribanos a la dirección impresa en la parte superior del frente de este aviso. Si quiere copias gratuitas de documentos de políticas específicos o de los documentos del expediente de su caso, pídalas con anticipación. Se le entregarán en un tiempo razonable, antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán por correo solo si lo pide específicamente.

**DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** Si usted cree que la decisión anterior es incorrecta, puede solicitar una audiencia imparcial del Estado a través de cualquiera de estos medios:

- 1) **Teléfono:** Puede llamar al número telefónico estatal gratuito: 800-342-3334 (DEBE TENER ESTE AVISO CON USTED CUANDO LLAME) **O**
- 2) **Fax:** Envíe una copia de este aviso al número de fax (518) 473-6735; **O**
- 3) **En línea:** Complete y envíe el formulario de solicitud en línea en: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **O**
- 4) **Por escrito:** Envíe una copia de este aviso **completada** a Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conserve una copia para usted.

Quiero una audiencia imparcial. La medida que tomó la Agencia no es la correcta debido a: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Número de caso \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará un aviso en el que figurará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene derecho a que lo represente un abogado, un familiar, un amigo u otra persona, o puede representarse usted mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia por escrito y de forma oral para demostrar por qué no debe tomarse la medida, así como la oportunidad de interrogar a cualquier persona que comparezca en la audiencia. Además, usted tiene derecho a presentar testigos que declaren en su favor. Debe llevar a la audiencia cualquier documento, como este aviso, recibos de pago de salario, recibos, facturas médicas, facturas por servicios de calefacción, documentos de verificación médica, cartas, etc., que puedan ser útiles en la presentación de su caso.

**ASISTENCIA LEGAL:** Si necesita asistencia legal gratis, puede obtener dicha asistencia comunicándose con la Legal Aid Society local o con otro grupo de defensa legal. Puede localizar la Legal Aid Society o la asociación de defensoría legal más cercana en las Yellow Pages (Páginas Amarillas), en "Lawyers" (Abogados), o puede llamar al número indicado en la primera página de este aviso.

**INFORMACIÓN:** Si quiere obtener más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo ver su expediente o cómo obtener copias adicionales de los documentos, llámenos a los números de teléfono indicados en la parte superior de la página 1 de este aviso o escribanos a la dirección impresa en la parte superior de la página 1 de este aviso.

**ATENCIÓN:** Los niños menores de 19 años que no son elegibles para recibir Medicaid u otro seguro médico pueden ser elegibles para el plan del seguro médico Child Health Plus para niños. El plan ofrece seguro de atención médica para niños. Llame al 1-800-698-4543 para obtener más información.