

AVISO DE SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA DE MEDICAID EN VIRTUD DEL MEDICAID BUY-IN PROGRAM FOR WORKING PEOPLE WITH DISABILITIES (PROGRAMA DE ACEPTACIÓN DE MEDICAID PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES QUE TRABAJAN) (MBI-WPD)

(Ingresos excedentes/Recursos excedentes/Ingresos y recursos excedentes)

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			
NOMBRE DEL CASO (y nombre de la persona a quien va dirigida la correspondencia si estuviera presente) Y DIRECCIÓN				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 _____	
N.º DE OFICINA	N.º DE UNIDAD	N.º DE TRABAJADOR	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR	N.º DE TELÉFONO	

Suspenderemos su cobertura de Medicaid en virtud del Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) a partir del _____ para:

Nombre _____ Id. del cliente _____
 Nombre _____ Id. del cliente _____

I. Esto se debe a lo siguiente:

- Sus ingresos netos (ingresos brutos menos las deducciones de Medicaid) de \$ _____ superan el límite de ingresos permitido por el MBI-WPD de \$ _____.
- Sus recursos contables de \$ _____ superan el límite de recursos permitido por el MBI-WPD de \$ _____.
- Sus ingresos netos (ingresos brutos menos las deducciones de Medicaid) de \$ _____ superan el límite de ingresos permitido por el MBI-WPD de \$ _____. Además, sus recursos contables de \$ _____ superan el límite de recursos del MBI-WPD de \$ _____.

Si bien usted era elegible para el programa MBI-WPD, comparamos sus ingresos netos (ingresos brutos menos las deducciones de Medicaid) y los recursos contables con los límites de ingresos y recursos del MBI-WPD. Ahora comparamos sus ingresos y recursos con los límites de Medicaid.

II. Usted no es elegible para recibir Medicaid porque:

- Sus ingresos netos (ingresos brutos menos las deducciones de Medicaid) de \$ _____ superan el límite de ingresos permitido por Medicaid de \$ _____. El monto que supera el límite se llama exceso de ingresos o reducción de gastos. El monto de su exceso mensual de ingresos es de \$ _____. Además, usted no tiene gastos médicos pagos o impagos no cubiertos por el seguro que sean iguales o superiores a su monto de exceso de ingresos. Si usted incurre en facturas médicas por el monto de su exceso de ingresos o si se reducen sus ingresos, puede volver a postularse. Lea los documentos adjuntos: "Explanation of the Excess Income Program" (Explicación del Programa de Exceso de Ingresos) y "Optional Pay-In Program" (Programa de Contribuciones Opcionales).
- Sus recursos contables de \$ _____ superan el límite de recursos permitido por Medicaid de \$ _____. El monto que supera el límite se llama exceso de recursos o reducción de gastos. El monto de su exceso de recursos es de \$ _____. No hemos recibido documentación de que usted haya gastado el exceso de sus recursos estableciendo ni agregándolos a un contrato/fondo por entierro. Si usted incurre en facturas médicas por el monto de su exceso de recursos o si se reduce el monto de sus recursos, puede volver a postularse. Lea el documento adjunto "Explanation of the Excess Resource Program" (Explicación del Programa de Exceso de Recursos).
- Sus ingresos netos (ingresos brutos menos las deducciones de Medicaid) de \$ _____ superan el límite de ingresos permitido por Medicaid de \$ _____. Además, sus recursos contables de \$ _____ superan el límite de recursos permitido por Medicaid de \$ _____. Los montos que superan los límites se llaman exceso de ingresos y exceso de recursos, o reducción de gastos. El monto de su exceso mensual de ingresos es de \$ _____. El monto de su exceso de recursos es de \$ _____. No hemos recibido documentación de que usted tenga gastos médicos pagos o impagos no cubiertos por el seguro que sean iguales o superiores al monto de exceso de ingresos y recursos, o de que haya gastado el exceso de sus recursos estableciendo ni agregándolos a un contrato/fondo por entierro. Si usted incurre en facturas médicas por el monto de su exceso de recursos y espera tener facturas médicas que sean iguales o superiores al exceso de ingresos, o si se reducen sus ingresos o recursos, puede volver a hacer la solicitud.

Lea los documentos adjuntos: "Explanation of the Excess Income Program" (Explicación del Programa de Exceso de Ingresos), "Explanation of the Excess Resource Program" (Explicación del Programa de Exceso de Recursos) y "Optional Pay-In Program" (Programa de Contribuciones Opcionales).

EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, EL PROGRAMA DE MEDICAID NO CUENTA LOS INGRESOS QUE SE PONEN EN UN FIDEICOMISO DE NECESIDADES SUPLEMENTARIAS. LEA EL DOCUMENTO ADJUNTO DE "EXPLICACIÓN DEL EFECTO DEL FIDEICOMISO EN LA ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID" (EXPLANATION OF THE EFFECT OF TRUSTS ON MEDICAID ELIGIBILITY). ESTA INFORMACIÓN TAMBIÉN ESTÁ DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL DEPARTAMENTO:
https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

La determinación del exceso de recursos incluye información recibida por computadora que concuerda con las instituciones bancarias. Si cree que el monto de exceso de recursos es incorrecto, debe comunicarse con la agencia de inmediato, antes de los 30 días contados desde la fecha de este aviso.

Esta decisión se basa en las Secciones 366(1)(c)(5), 366(1)(c)(6) y 367-a(12) de la Social Services Law (Ley de Servicios Sociales).

Hemos adjuntado hojas de trabajo con el presupuesto para que usted pueda ver cómo determinamos la elegibilidad para recibir los beneficios.

LOS REGLAMENTOS REQUIEREN QUE USTED NOTIFIQUE DE INMEDIATO A ESTE DEPARTAMENTO CUALQUIER CAMBIO EN SUS NECESIDADES, INGRESOS, 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 desea 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 proporcione, decidimos cambiar nuestra decisión, tomaremos medidas correctivas y le daremos un nuevo aviso. Usted puede solicitar una reunión. Para hacerlo, puede llamarnos al número que aparece en la primera página de este aviso o enviarnos 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 que se solicita una audiencia imparcial.** Si solicita una reunión, aún tiene derecho a una audiencia imparcial. Si desea 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 que se describe a continuación. Lea a continuación 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 proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de su expediente, las que le daremos al oficial de la audiencia en la audiencia imparcial. Además, si nos llama o escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted considere necesarios a fin de prepararse para su audiencia imparcial. Si nos llama o escribe, también pondremos a su disposición, sin costo alguno, los materiales de política específicos necesarios para que usted decida si desea solicitar una audiencia imparcial o para prepararse para la audiencia. Los materiales de política que pueden estar disponibles para usted incluyen 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 política específicos o para informarse sobre cómo ver su expediente, comuníquese con nosotros 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 desea copias gratuitas de materiales de política específicos o de los documentos del expediente de su caso, pídalas con anticipación. Estas se le proporcionarán dentro de un tiempo razonable, antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán por correo solo si específicamente lo solicita.

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 los siguientes 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;
- 3) **En línea:** complete y envíe el formulario de solicitud en línea en: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>;
- 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.

Deseo una audiencia imparcial. La medida que tomó la Agencia no es la correcta debido a lo siguiente: _____

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 pariente, un amigo u otra persona, o puede representarse usted mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán 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.

CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS: Si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada en vigencia mencionada en este aviso, continuará recibiendo sus beneficios sin cambios hasta que se emita la decisión sobre la audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde la audiencia imparcial, podemos recuperar el costo de los beneficios de Medicaid que no debería haber recibido. Si desea evitar esta posibilidad, marque la casilla de abajo para indicar que no desea que la ayuda continúe, y envíe esta página junto con su solicitud de audiencia. Si marca la casilla, la medida descrita anteriormente se tomará en la fecha de entrada en vigencia que figura más arriba.

Acepto que se tome la medida sobre mis beneficios de Medicaid, según se describe en este aviso, antes de la emisión de la decisión sobre la audiencia imparcial.

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

INFORMACIÓN: Si desea 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 de salud pueden ser elegibles para el plan del seguro de salud Child Health Plus para niños. El plan proporciona seguro de atención médica para niños. Para obtener información, llame al 1-800-698-4543.