

Notifica dell'intenzione di modificare la copertura Medicaid (beneficiario dimesso da una struttura di cura qualificata e iscritto a un programma di assistenza gestita a lungo termine)

DATA DI NOTIFICA:		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE		
NUMERO DI PRATICA	NUMERO CIN/RID			
NOME PRATICA (e generalità di chi offre domicilio, se presente) E INDIRIZZO				
NUMERO DI TELEFONO GENERALE PER DOMANDE O ASSISTENZA _____				

OPPURE Incontro con agenzia _____				
Informazioni e assistenza per udienza imparziale _____				
Accesso agli atti _____				
Informazioni sull'assistenza legale _____				
NUMERO UFFICIO	NUMERO UNITÀ	NUMERO OPERATORE	NOME UNITÀ O OPERATORE	N. TELEFONO

Ridurremo la sua copertura Medicaid per i servizi di assistenza e i servizi con assistenza a lungo termine presso una comunità a partire da _____ per _____.

La sua copertura verrà ridotta poiché non riceve più servizi in strutture di cura. Per essere idoneo a ottenere la copertura Medicaid per i servizi in strutture di cura, deve ricevere già servizi in strutture di cura.

In questa circostanza, non è dunque idoneo a ricevere la copertura Medicaid per i seguenti servizi nelle strutture di cura.

- Assistenza in casa di cura diversa dall'assistenza riabilitativa a breve termine
- Assistenza in casa di cura fornita in un ospedale
- Ricovero in una casa di cura
- Assistenza a lungo termine in una casa di cura
- Servizi in strutture di assistenza di livello intermedio

Lei è iscritto a un programma di assistenza gestita a lungo termine, che fornisce servizi agli individui affetti da patologie croniche e/o disabilità. Il suo programma sanitario sarà _____. Poiché è stato dimesso da una struttura di cura qualificata e si è iscritto a un programma di assistenza gestita a lungo termine, verrà presa in considerazione un'indennità di alloggio pari a _____ \$ per determinare la sua idoneità a partecipare a Medicaid.

- Il suo reddito mensile netto (reddito lordo meno detrazioni Medicaid e indennità di alloggio) di _____ \$ è pari/inferiore al limite di reddito Medicaid di _____ \$. Non è richiesto un contributo di reddito aggiuntivo.
- Il suo reddito mensile netto (reddito lordo meno detrazioni Medicaid e indennità di alloggio) di _____ \$ supera il limite di reddito Medicaid di _____ \$. Questo importo in relazione all'importo totale del limite di reddito Medicaid viene indicato come reddito in eccesso o "spend-down". L'importo del suo reddito mensile in eccesso è di _____ \$. Il suo reddito in eccesso per sei mesi è pari a _____ \$. La preghiamo di leggere il materiale allegato "Explanation of the Excess Income Program" (Spiegazione del programma di reddito eccessivo) e "Optional Pay-In Program" (Programma opzionale pay-in).

IN DETERMINATE CIRCOSTANZE, IL PROGRAMMA MEDICAID NON PRENDE IN CONSIDERAZIONE IL REDDITO DEPOSITATO SU UN FONDO FIDUCIARIO PER INDIVIDUI CON ESIGENZE SPECIALI. MAGGIORI INFORMAZIONI SU QUESTO ARGOMENTO SONO DISPONIBILI NELL'ALLEGATO "NOTE SULL'EFFETTO DEI FONDI FIDUCIARI SULL'IDONEITÀ MEDICAID". SUL SITO DEL DIPARTIMENTO DELLA SALUTE (DEPARTMENT OF HEALTH), ALL'INDIRIZZO: https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

Abbiamo allegato un prospetto di bilancio per darle la possibilità di valutare in che modo abbiamo stabilito la sua idoneità. Per assistenza può rivolgersi al suo distretto per i servizi sociali di riferimento al numero di telefono indicato sopra.

Se inizia a ricevere servizi in strutture di cura, lo comunichi immediatamente al distretto dei servizi sociali. A seguito della comunicazione, provvederemo a valutare la sua idoneità a ricevere la copertura Medicaid per tali servizi.

Questa decisione si basa sulla norma 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.7, 360-4.8, Sezioni 366-a(2) e 366.14 della Legge sui servizi sociali (Social Services Law).

LE NORME STABILISCONO CHE VENGANO COMUNICATE IMMEDIATAMENTE A QUESTO DIPARTIMENTO EVENTUALI VARIAZIONI IN TERMINI DI ESIGENZE, REDDITO, RISORSE, SISTEMAZIONE ABITATIVA O INDIRIZZO

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, in base alle informazioni a noi fornite, decidiamo di modificare 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 per iscritto all'indirizzo riportato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Questo numero va usato solo per richiedere un incontro. **Non è uno strumento adatto per richiedere un'udienza imparziale.** Richiedendo un incontro ha comunque diritto a ottenere un'udienza imparziale. Se desidera che i sussidi rimangano invariati (assistenza continua) fino all'esito dell'udienza imparziale, deve richiedere un'udienza imparziale nelle modalità indicate di seguito. Per informazioni su come richiedere un'udienza imparziale, legga di seguito.

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 (LE CONSIGLIAMO DI TENERE QUESTA COMUNICAZIONE 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) **Per posta:** invii una copia **compilata** di questa notifica al seguente indirizzo: 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 di 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 con la data e l'ora dell'udienza. Ha il diritto di essere rappresentato da un consulente legale, un parente, un amico o un'altra persona, oppure di rappresentarsi da solo. 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 a testimoniare. 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.

CONTINUAZIONE DEI SUSSIDI: se richiede un'udienza imparziale prima della decorrenza indicata nella presente notifica, continuerà a ricevere i sussidi finché non verrà emessa una decisione a seguito dell'udienza imparziale. Tuttavia, in caso di decisione a lei sfavorevole dopo l'udienza imparziale, potremmo recuperare il costo di eventuali sussidi Medicaid che non avrebbe dovuto ricevere. Se preferisce evitare questa evenienza, contrassegni la casella qui sotto per indicare che non desidera la continuazione dell'assistenza e invii questa pagina insieme alla richiesta di udienza. Se sceglie di contrassegnare la casella, l'azione sopra descritta verrà intrapresa a decorrere dalla data indicata sopra.

Accetto che l'azione venga intrapresa in relazione ai miei sussidi di assistenza sanitaria, come descritto nella presente notifica, prima che venga emessa una decisione a seguito dell'udienza imparziale.

ASSISTENZA LEGALE: se ha bisogno di assistenza legale gratuita, potrà ottenerla contattando la Legal Aid Society (Società per il patrocinio legale gratuito) locale o un altro ente di patrocinio legale gratuito. Può trovare l'ufficio Legal Aid Society o l'ente di patrocinio legale più vicino nelle Pagine Gialle alla voce "Lawyers" oppure chiamando il numero indicato nella prima pagina di questa notifica.

ACCESSO AL FASCICOLO PERSONALE E ALLE COPIE DEI DOCUMENTI: Per prepararsi per l'udienza, ha il diritto di consultare il fascicolo personale della pratica. 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. Per richiedere i documenti o per conoscere la procedura di consultazione del fascicolo, ci contatti al numero di telefono per l'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 dei documenti del fascicolo personale della pratica, dovrà farne richiesta con adeguato 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 richiede specificamente l'invio.

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, contatti i 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 19 anni d'età 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 Child Health Plus. Questo programma fornisce assistenza sanitaria per minori. Per informazioni può chiamare il numero 1-800-698-4543.