

**Medicaid 보장 변경 계획 통지서(전문 간호 시설에서 퇴거하고 장기 관리 의료 플랜에 가입한 수령인)**

알림 날짜:		기관/센터 또는 지방사무소의 이름 및 주소		
케이스 번호	CIN/RID 번호			
케이스 이름(그리고 있는 경우 C/O 이름) 및 주소		질문 또는 도움이 필요할 경우에 대한 일반 전화번호 _____		
		또는 기관 회의 _____ 공청회 정보 및 지원 _____ 기록 액세스 _____ 법률 지원 정보 _____		
사무실 번호	유닛 번호	노동자 번호	유닛 또는 노동자 이름	전화번호

귀하의 Medicaid 보장은 \_\_\_\_\_부터 \_\_\_\_\_에 대하여 모든 보장 치료 및 서비스에서 지역 사회 기반의 장기 치료가 포함된 지역 사회 보장으로 축소됩니다.

보장 축소 사유는 귀하가 더 이상 간호 시설 서비스를 받지 않기 때문입니다. 간호 시설 서비스의 수령자만 간호 시설 서비스에 Medicaid 보장을 받을 자격이 있습니다.

즉, 귀하는 다음 간호 시설 서비스에 대하여 Medicaid 보장을 받을 수 없습니다.

- 단기 재활 치료 외의 영양원 치료
- 병원에서 제공하는 영양 치료
- 영양원에서의 호스피스 서비스
- 영양원에서의 장기 관리 의료 서비스
- 중간 케어 시설 서비스

귀하가 가입하신 장기 관리 의료 건강 플랜에서는 만성 질병이 있거나 장애가 있는 개인에게 각종 서비스를 제공합니다. 앞으로 귀하의 건강 플랜은 \_\_\_\_\_입니다. 귀하는 전문 간호 시설에서 퇴거하고 장기 관리 의료 건강 플랜에 가입했으므로, 주택 수당 \$ \_\_\_\_\_를 이용하여 Medicaid 자격을 판단합니다.

귀하의 순소득(총소득 - Medicaid 공제 - 주택 수당) \$ \_\_\_\_\_는 Medicaid 소득 한도 \$ \_\_\_\_\_ 이하입니다. 필요한 추가 소득 분담금은 없습니다.

귀하의 순소득(총소득 - Medicaid 공제 - 주택 수당) \$ \_\_\_\_\_가 Medicaid 소득 한도 \$ \_\_\_\_\_를 초과합니다. Medicaid 소득 한도 총액을 초과하는 이 금액을 초과 소득 또는 스펜드다운(spenddown)이라고 부릅니다. 귀하의 월 초과 소득액은 \$ \_\_\_\_\_입니다. 6개월간 귀하의 초과 소득액은 \$ \_\_\_\_\_입니다. 동봉한 "초과 소득 프로그램 설명서(Explanation of the Excess Income Program)" 및 "선택적 지급 프로그램(Optional Pay-In Program)"을 참조하시기 바랍니다.

경우에 따라 Medicaid 프로그램에서 보조 지원 신탁(Supplemental Needs Trust, SNT)에 예치된 소득을 감안하지 않을 수도 있습니다. 첨부된 "신탁이 Medicaid 자격 조건에 미치는 영향에 대한 설명"을 읽어주시기 바랍니다. 이 정보는 Department of Health 웹사이트 [https://health.ny.gov/health\\_care/medicaid/index.htm#trusts](https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts) 에도 나와 있습니다.

자격 조건의 판단 방법을 알 수 있도록 예산 자료표를 첨부하였습니다. 도움이 필요하신 분은 위 전화번호로 관할 복지부에 문의하십시오.

간호 시설 서비스를 받기 시작한 경우, 즉시 관할 복지부에 이 사실을 알려주십시오. 그러면 해당 서비스에 대한 Medicaid 보장 자격을 검토하겠습니다.

본 결정은 규정 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.7, 360-4.8, Social Services Law(사회복지법) 366-a(2), 366.14 섹션을 근거로 합니다.

규정에 따라 필요 사항, 소득, 재산, 생활 상태 준비 또는 주소 관련 변경사항을 본 당국에 즉시 알려 주셔야 합니다.

귀하는 이 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다. 본 통지서의 뒷면에 기재된 본 결정에 대한 이의 제기 방법의 내용을 반드시 읽으시기 바랍니다.

**회의 권리:** 귀하의 회의를 통해 이 조치를 검토할 수 있습니다. 회의를 원하는 경우 가급적 신속히 요청해야 합니다.

회의에서 기존 결정이 잘못된 것으로 확인되거나 귀하로부터 새롭게 제공받은 정보에 따라 결정을 변경해야 할 경우, 이에 따른 적절한 조치를 취하고 새로운 통지서를 발송할 것입니다. 회의를 요청하려면 이 통지서의 1 페이지에 기재된 전화번호로 전화하거나 1 페이지 상단에 기재된 주소로 회의 요청 서신을 보내십시오. 이 전화번호는 회의 요청을 위한 전용 번호이며, **공청회 신청용이 아닙니다.** 회의를 요청해도 공청회 자격은 여전히 유지됩니다. 공청회 결정이 나기까지 변함없이 혜택을 계속 받고 싶으실 경우(지원 계속) 아래에 제시한 방법대로 공청회를 신청해야 합니다. 공청회 정보는 아래를 확인해 주십시오.

**공청회 권리:** 상기 조치가 부당하다고 생각되는 경우 다음 중 한 가지 방법으로 공청회를 요청할 수 있습니다.

- 1) **전화번호:** 주 전 지역 수신자 부담 전화: 800-342-3334(전화할 때 본 통지서를 소지할 것) 또는
- 2) **팩스:** (518) 473-6735 번으로 이 통지서의 사본을 보내주십시오. 또는
- 3) **온라인:** <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp> 에서 온라인 신청서를 작성하여 보내주십시오. 또는
- 4) **서신:** 이 통지서를 작성하여 Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201 으로 보내고 사본 1 부는 보관하시기 바랍니다.

본인은 공청회를 원합니다. 귀 기관의 결정이 잘못된 이유는 다음과 같습니다. \_\_\_\_\_

성명(정자체): \_\_\_\_\_ 케이스 번호: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

의뢰인 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

**공청회 신청 기한은 이 통지서 날짜로부터 60 일 이내입니다.**

공청회를 요청하는 경우 주에서 공청회 시간 및 장소에 대한 안내 통지서를 발송합니다. 귀하에게는 법률 고문, 친척, 친구 또는 다른 사람으로부터 변호를 받거나 자신을 변호할 권리가 있습니다. 공청회에서 귀하, 귀하의 변호사 또는 기타 대리인은 최초 결정에 따른 조치가 취해져서는 안 되는 이유를 보여주는 서면 또는 구술 증거를 제시하며, 공청회에 참석한 모든 사람에게 질문할 기회가 주어집니다. 또한 귀하는 귀하의 편에서 이야기할 증인을 동반할 권리가 있습니다. 이 통지서, 급여 명세서, 영수증, 의료 청구서, 난방비 청구서, 의료 확인서, 서신 등, 사건 결정에 도움이 될 만한 모든 서류를 공청회에 지참해야 합니다.

**혜택 유지:** 본 통지서의 발효일 전에 공청회를 요청하는 경우 공청회의 결정이 나올 때까지 혜택을 그대로 받게 됩니다. 하지만 공청회에서 귀하가 패소할 경우, 뉴욕주는 해당 기간 귀하에게 제공된 변경 전 의료 지원(Medical Assistance) 혜택에 대한 비용을 청구할 수 있습니다. 이러한 상황을 피하려면 지원 지속을 원하지 않는다는 내용을 아래 칸에 체크하고 이 페이지를 공청회 신청서와 함께 제출하십시오. 해당 칸에 체크할 경우 위에 기재한 발효일에 위에 설명한 조치를 실시합니다.

본인은 공청회 결정이 나오기 전에 이 공지에 나온 대로 의료 지원 혜택에 대한 조치를 실행함에 동의합니다.

**법률 지원:** 법률적 도움이 필요하다면 인근 지역의 법률 지원단체(Legal Aid Society)나 기타 법정 보호 단체에 연락하여 도움을 받을 수 있습니다. 가까운 법률 지원협회나 옹호단체의 소재는 전화번호부의 "Lawyers(변호사)"란을 참조하거나 이 통지서의 1 페이지에 나와 있는 번호로 전화하면 됩니다.

**본인 파일과 증빙 서류 열람:** 귀하의 공청회 준비를 위해 귀하의 케이스에 관한 파일을 열람할 권리가 있습니다. 전화나 서신으로 요청 시 귀하 파일에 관련된 문서의 사본을 무료로 제공하며, 이는 공청회 담당관에게 건넬 내용과 동일합니다. 또한 공청회 준비에 필요하다고 생각하는 귀하 파일과 관련된 기타 문서의 사본도 전화나 서신으로 요청 시 무료로 제공해 드립니다. 문서를 요청하거나 파일 열람 방법을 알아보려면 이 통지서 1 페이지 상단에 나오는 기록 액세스 전화번호로 전화하거나 이 통지서 1 페이지 상단에 인쇄된 주소로 서신을 써서 문의하십시오.

케이스 파일과 관련된 문서의 사본을 받고자 하는 경우 미리 요청해야 합니다. 요청한 사본은 공청회 당일 이전에 적절한 시일 내에 제공됩니다. 특별히 우편 발송을 요청한 문서만 우편으로 발송합니다.

**정보:** 귀하의 케이스, 공청회 요청 방법, 파일 열람 방법, 관련 문서의 추가 사본 요청 방법 등에 대한 자세한 정보는 이 통지서 1 페이지 상단에 나오는 전화번호로 전화하거나 이 통지서 1 페이지 상단에 인쇄된 주소로 서신을 보내 요청하시기 바랍니다.

**참고:** Medicaid 또는 기타 건강 보험 자격에 해당하지 않는 19 세 미만 아동은 Child Health Plus 보험 플랜에 대한 자격이 있을 수 있습니다. 해당 플랜은 어린이를 위한 건강 관리 보험을 제공합니다. 자세한 정보는 1-800-698-4543 번으로 문의하시기 바랍니다.