

Уведомление о намерении изменить страховое покрытие в рамках программы Medicaid (получатель выписан из учреждения квалифицированного медицинского ухода и является участником Плана управляемого долгосрочного медицинского обслуживания)

ДАТА УВЕДОМЛЕНИЯ:		НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ / ЦЕНТРА ИЛИ ОКРУЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ		
НОМЕР ДЕЛА	НОМЕР CIN / RID			
ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА (и имя адресата, если есть)				
		ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СПРАВОЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ _____		
		ИЛИ для собеседования _____		
		для получения информации и помощи относительно объективного разбирательства _____		
		для доступа к материалам _____		
		для получения информации о юридической помощи _____		
НОМЕР ОФИСА	НОМЕР ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ	НОМЕР СОТРУДНИКА	НАИМЕНОВАНИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Мы сокращаем ваше страховое покрытие по программе Medicaid с уровня «Все виды оказываемых услуг и обслуживания» до уровня «Покрытие по месту жительства с долгосрочным уходом» начиная с _____ для _____.

Данное сокращение вашего страхового покрытия связано с тем, что вам больше не предоставляются услуги учреждения сестринского ухода. Чтобы получать страховое покрытие услуг учреждения по программе Medicaid, вы должны быть получателем таких услуг.

Это означает, что вы не соответствуете критериям получения страхового покрытия по программе Medicaid для приведенных ниже услуг учреждения сестринского ухода.

- Уход в доме для престарелых и инвалидов, кроме кратковременной реабилитации
- Уход за престарелыми и инвалидами, осуществляемый в больнице
- Уход хосписа в доме для престарелых и инвалидов
- Управляемый долгосрочный уход в доме для престарелых и инвалидов
- Услуги учреждения для лиц, нуждающихся в уходе переходного уровня

Вы являетесь участником Плана управляемого долгосрочного ухода, который обеспечивает предоставление услуг хроническим больным и лицам с инвалидностью. Ваш план будет называться _____. Поскольку вы выписаны из учреждения квалифицированного медицинского ухода и являетесь участником Плана управляемого долгосрочного медицинского обслуживания, для определения вашего соответствия критериям программы Medicaid будет использоваться пособие на жилье в размере \$ _____.

- Ваш чистый доход (совокупный доход за вычетом сумм, разрешенных программой Medicaid, и пособия на жилье) составляет \$ _____ и не превышает предельно допустимый уровень дохода для участия в программе Medicaid, который составляет \$ _____. Дополнительных источников дохода не требуется.
- Ваш чистый доход (совокупный доход за вычетом сумм, разрешенных программой Medicaid, и пособия на жилье) составляет \$ _____ и превышает предельно допустимый уровень дохода для участия в программе Medicaid, который составляет \$ _____. Эта сумма, превышающая допустимый уровень дохода для участия в программе Medicaid, называется избыточным доходом или излишком. Сумма вашего ежемесячного избыточного дохода составляет \$ _____. Сумма вашего избыточного дохода за шесть месяцев составляет \$ _____. Ознакомьтесь с информацией в приложениях «Разъяснение условий программы избыточного дохода» и «Программа дополнительных взносов».

В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ ПРОГРАММА MEDICAID НЕ УЧИТЫВАЕТ ДОХОД, КОТОРЫЙ БЫЛ ПЕРЕДАН В ДОВЕРИТЕЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ТРАСТА ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ НУЖД (SUPPLEMENTAL NEEDS TRUST). ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНФОРМАЦИЕЙ В ПРИЛОЖЕНИИ «РАЗЪЯСНЕНИЕ ПО ПОВОДУ ВЛИЯНИЯ ТРАСТОВ НА ВОЗМОЖНОСТЬ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ MEDICAID». ЭТИ РАЗЪЯСНЕНИЯ ТАКЖЕ ИМЕЮТСЯ НА САЙТЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

Мы также приложили ведомость бюджета, чтобы вы могли узнать, каким образом было установлено ваше соответствие критериям участия в программе. Если вам нужна помощь, вы можете обратиться в районное отделение социальной службы по номеру, указанному выше.

Если вы опять начнете получать услуги учреждения сестринского ухода, немедленно уведомите об этом представителя своей районной социальной службы. После этого мы пересмотрим ваше соответствие критериям получения страхового покрытия по программе Medicaid для этих услуг.

Настоящее решение принято на основании Положения 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.7, 360-4.8, Разделов 366-а(2) и 366.14 закона «О социальных службах».

В СООТВЕТСТВИИ С ДЕЙСТВУЮЩИМИ ПРАВИЛАМИ ВЫ ОБЯЗАНЫ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО УВЕДОМИТЬ ДАННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ О ЛЮБЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОТРЕБНОСТЕЙ, ДОХОДА, РЕСУРСОВ, ЖИЛИЩНЫХ УСЛОВИЙ ИЛИ АДРЕСА

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH

Office of Health Insurance Programs

**ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНФОРМАЦИЕЙ НА ОБРАТНОЙ 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 запросить проведение собеседования, 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 о проведении 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 запросов о проведении собеседования. **Для проведения объективного разбирательства предусмотрен иной порядок подачи заявления.** Если вы обратитесь с заявлением о проведении собеседования, вы не потеряете 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.

ПРАВО НА ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО. Если, по вашему мнению, указанное решение является неверным, вы можете подать запрос 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 РАЗГОВОРА СЛЕДУЕТ ИМЕТЬ ПРИ СЕБЕ НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ).
- 2) **Факс:** отправьте копию настоящего уведомления на номер (518) 473-6735.
- 3) **В Интернете:** заполните и отправьте форму запроса онлайн по адресу <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>.
- 4) **По почте:** отправьте копию **заполненного** 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.

Прошу провести объективное разбирательство. Вынесенное агентством решение неправомерно по следующим причинам _____

Полное имя (печатными буквами): _____ Номер дела: _____

Адрес: _____ Телефон: _____

Подпись клиента: _____ Дата: _____

ВЫ МОЖЕТЕ ПОДАТЬ ЗАПРОС О ПРОВЕДЕНИИ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА В ТЕЧЕНИЕ 60 ДНЕЙ С ДАТЫ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Если вы подадите запрос о проведении объективного разбирательства, соответствующие органы штата вышлют вам уведомление о времени и месте проведения такого разбирательства. В ходе разбирательства вы имеете право выступать самостоятельно или пригласить в качестве представителя юриста, родственника, знакомого или иное лицо. В ходе разбирательства вы, ваш адвокат или другой представитель будете иметь возможность представить письменные и устные доказательства причин, по которым данные меры не должны быть приняты, а также возможность опросить любых лиц, присутствующих на разбирательстве. Вы также имеете право вызвать свидетелей, которые выступят в поддержку ваших доводов. С собой следует принести все документы, которые могут быть полезны при рассмотрении вашего дела, включая настоящее уведомление, квитанции о начислении заработной платы, квитанции о произведенных выплатах, счета за медицинские услуги и отопление, результаты медицинских обследований, письма и т. д.

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ. Если вы подаете запрос на проведение объективного разбирательства до даты вступления в силу, указанной в этом уведомлении, вы будете получать льготы без изменений до вынесения решения по результатам объективного разбирательства. Если решение по результатам объективного разбирательства будет принято не в вашу пользу, вы должны будете возместить стоимость медицинской помощи, которую не должны были получать. Если вы хотите этого избежать, поставьте галочку возле приведенного ниже заявления, в котором указывается, что вы отказываетесь от продолжения выплаты пособия, и отправьте эту страницу вместе со своим запросом о проведении объективного разбирательства. Если вы поставите отметку возле этого заявления, описанная выше мера будет принята в указанную выше дату вступления в силу.

Я соглашаюсь с предложенными мерами в отношении моего медицинского пособия, как это описано в данном уведомлении, до принятия решения по итогам объективного разбирательства.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ. Если вам нужна бесплатная юридическая помощь, вы можете обратиться в местное общество Legal Aid Society (Общество юридической помощи) или в другую общественную группу юридической поддержки. Контактная информация ближайшего Общества юридической помощи 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.

ДОСТУП К МАТЕРИАЛАМ ВАШЕГО ДЕЛА И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ. В процессе подготовки к разбирательству вам предоставляется право ознакомиться с материалами дела. Обращайтесь к нам по телефону или почте, и вам бесплатно вышлют копии документов из вашего дела, которое будет передано арбитру для объективного разбирательства. Кроме того, если вы позвоните или напишете нам, мы бесплатно вышлем вам копии других документов из вашего дела, которые, по вашему мнению, могут понадобиться вам для подготовки к объективному разбирательству. Для получения документов или информации о доступе к вашему делу позвоните по номеру телефона, указанному в верхней части первой страницы настоящего уведомления для получения данных из личных дел, или напишите нам по адресу, указанному в верхней части первой страницы настоящего уведомления.

Если вам нужны копии документов по вашему делу, следует запросить их заранее. Они будут переданы вам в разумный срок до даты разбирательства. Документы будут отправлены вам по почте только в том случае, если вы попросите об этом.

ИНФОРМАЦИЯ. Для получения более подробной информации о вашем деле, о том, как подать запрос 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 младше 19 лет, не соответствующие критериям участия в программе Medicaid или иных программах медицинского страхования, могут соответствовать критериям участия в плане страхования Child Health Plus. В рамках этого плана предусмотрены специальные программы медицинского обслуживания для детей. Звоните по телефону 1-800-698-4543 для получения информации.