

**Preaviso de cambios en cobertura de Medicaid
(beneficiario dado de alta de un centro de servicios de enfermería especializada e inscrito en un plan de atención médica a largo plazo de cuidados administrados)**

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA / CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
NÚMERO DE CASO	NÚMERO CIN/RID			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo si está presente) Y DOMICILIO		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA _____		

		Conferencia con la Agencia _____		
		Audiencias Imparciales Información y Asistencia _____		
		Acceso a los Archivos _____		
		Información sobre Asesoramiento Legal _____		
Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	Nº DEL TRABAJADOR DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR DE CASOS	Nº DE TELÉFONO

Su cobertura de Medicaid se reducirá de cobertura de todos los servicios y atención médica que cubre Medicaid a cobertura comunitaria con atención de salud a largo plazo, a partir de _____ para _____.

Esta reducción de cobertura se debe a que usted ya no está recibiendo servicios en un centro de servicios de enfermería. Para que pueda recibir cobertura de Medicaid en un centro de servicios de enfermería, usted tiene que estar actualmente recibiendo servicios en dichos centros.

Esto significa que usted no tiene derecho a cobertura de Medicaid en los siguientes centros de servicios de enfermería.

- Atención médica en un hogar de convalecencia (nursing home), excepto rehabilitación a corto plazo.
- Atención médica tipo hogar de convalecencia (nursing home) proporcionada en un hospital
- Cuidados paliativos en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Atención médica administrada a largo plazo en un hogar de convalecencia (nursing home)
- Servicios en instalaciones de atención médica intermedia

Usted está inscrito en un plan de atención médica a largo plazo de cuidados administrados, que ofrece servicios a personas que tienen enfermedades crónicas o tienen alguna discapacidad, o ambas. Su seguro de salud será _____. Debido a que usted fue dado de alta de un centro de enfermería especializada y está inscrito(a) en un plan de atención médica a largo plazo de cuidados administrados, se utilizó la asignación de vivienda de \$ _____ con el propósito de determinar su habilitación para recibir Medicaid.

- Su ingreso neto (ingresos brutos menos las deducciones de Medicaid y la asignación de vivienda) de \$ _____ es igual o menor que el límite de ingreso fijado por Medicaid de \$ _____. No se requiere una contribución de ingresos adicional.
- Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid y la asignación de vivienda) de \$ _____ sobrepasa el límite de ingreso fijado por Medicaid de \$ _____. Este monto que sobrepasa el monto total límite de ingreso de Medicaid se denomina ingreso excesivo o sobrante. El monto mensual de su ingreso excesivo es \$ _____. El monto de ingreso excesivo de seis meses es \$ _____. Vea el adjunto titulado "Explicación del Programa de Ingresos Excesivos" y "Programa Opcional de Contribución de Pagos".

EN ALGUNAS CIRCUMSTANCIAS, 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.

Hemos incluido una hoja de cálculo presupuestario de manera que usted pueda ver cómo calculamos su habilitación. Si necesita ayuda, comuníquese con el distrito de servicios sociales al número de teléfono indicado arriba.

Si usted comienza a recibir servicios en un centro de servicios de enfermería, notifíquesele inmediatamente a su distrito de servicios sociales. Una vez que lo haga, determinaremos su habilitación para recibir cobertura de Medicaid por esos servicios.

Conforme reglamentación 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.7, 360-4.8, Secciones 366-a(2) y 366.14 de la Ley de Servicios Sociales.

LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE EXIGE QUE USTED NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO SOBRE TODO CAMBIO EN NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, SITUACIÓN DE VIVIENDA O DOMICILIO
USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN

ASEGÚRESE DE LEER EL DORSO DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA INFORMARSE SOBRE CÓMO APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN

DERECHO A UNA CONFERENCIA: usted puede solicitar una conferencia para examinar la decisión tomada. Si desea solicitar una conferencia, hágalo lo más pronto posible. Si en la conferencia nos percatamos que nuestra decisión es incorrecta; o si según la información que usted nos brinde, decidimos modificar la decisión tomada, tomaremos la medida correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Puede solicitar una conferencia llamando al número de teléfono que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una carta a la dirección que aparece en esa misma página. Ese número es solamente para solicitar una conferencia **y no es la manera de solicitar una audiencia imparcial**. Tiene derecho a una audiencia imparcial aunque solicite una conferencia. Si desea que sus beneficios continúen sin cambios (asistencia ininterrumpida) hasta que se tome una decisión de su caso en la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de la manera descrita a continuación. Lea la siguiente información sobre audiencias imparciales.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: si usted cree que la decisión descrita anteriormente es incorrecta, puede solicitar una audiencia estatal imparcial de las siguientes maneras:

- 1) **Por teléfono:** llame al número de teléfono estatal libre de cargos: 800 -342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME)
- 2) **Por fax:** envíe una copia de esta notificación al número de fax: (518) 473-6735
- 3) **Por internet:** rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>
- 4) **Por escrito:** rellene este aviso en su **totalidad** y envíe una copia a: *Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201*. Favor de quedarse con una copia.

Deseo una audiencia imparcial. La decisión de la agencia es incorrecta porque: _____

Nombre (letra de imprenta): _____ Número de Caso: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

USTED TIENE 60 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole dónde y cuándo se llevará a cabo la audiencia. Usted tiene derecho a ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo(a) u otra persona, o de representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué no se debe tomar la medida, como también la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca a la audiencia. Además, usted tiene el derecho de presentar testigos que avalen su caso. Le sugerimos traer consigo todo documento pertinente que avale su caso, tales como esta notificación, talonarios de cheques de pago, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc.

CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS: si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en esta notificación, continuará recibiendo sus beneficios sin cambios hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si la audiencia no se decide a su favor, podríamos pedirle que nos devuelva la cantidad correspondiente a los beneficios de Asistencia Médica que usted recibió y que no tenía que haber recibido. Si no quiere que esto ocurra, marque la siguiente casilla indicando que no quiere que continúen sus beneficios, y mande esta hoja junto con la petición de audiencia. Si marca la casilla, la medida descrita anteriormente se llevará a cabo en la fecha fijada arriba.

Estoy de acuerdo en que se tome la decisión indicada en esta notificación con respecto a mis beneficios de Asistencia Médica antes de la decisión de la audiencia imparcial.

ASISTENCIA LEGAL: si necesita asesoría legal gratuita, podría obtenerla llamando al número local de la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal. Puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal en las Páginas Amarillas del directorio telefónico, bajo «Lawyers» (abogados) o llamando al número que aparece en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: en preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos copias gratis de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe, le brindaremos copias gratis de otros documentos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al número de teléfono de Acceso a Archivos que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación, o mande una carta a la dirección indicada en la primera página de esta notificación.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

INFORMACIÓN: si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en la primera página de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en la parte superior de esta notificación.

ATENCIÓN: los menores de 19 años que no reúnan los requisitos de Medicaid o de otro seguro de salud podrían reunir los requisitos del seguro de salud Child Health Plus (CHPlus). El plan brinda seguro de salud para niños. Si desea información llame al 1-800-698-4543.