

关于变更 **MEDICAID** 的意向通知
(通知接收人为从“管理式长期护理计划”中除名且无住房补贴的个体)

通知日期:		机构/中心或地区办事处的名称和地址		
案件编号	CIN/RID 编号			
案件名称 (如有转交人, 请提供姓名) 和地址				
用于咨询或寻求帮助的通用电话号码 _____				
或者 机构讨论会 _____				
公平聆讯信息与援助 _____				
记录查阅 _____				
法律援助信息 _____				
办公室编号	单位编号	员工编号	单位名称或员工姓名	电话号码

兹通知您, 我们已重新计算您加入 **Medicaid** 计划的资格。生效日期为 _____, 名称为 _____。

这是由于您已不再是任何“管理式长期护理”健康计划中的一员。您之前加入该健康计划时, 有权享受的住房补贴为 _____ 美元。

由于您已不再是该健康计划中的一员, 因此无法继续享受该住房补贴。您的 **Medicaid** 资格已根据以下计算方式进行了修订:

月总收入	_____ 美元
抵扣总额	_____ 美元
结余	_____ 美元
医疗补助收入标准	_____ 美元
每月新增超额收入	_____ 美元
新增超额收入 (半年)	_____ 美元

之前的月超额收入额 _____ 美元

之前的半年超额收入额 _____ 美元

基于以上计算方式, 您的净收入 (总收入减去 **Medicaid** 抵扣额) 为 _____ 美元, 超出允许的 **Medicaid** 收入限额 _____ 美元。超出限额的这部分金额称为超额收入或超额合理支出抵降保费。您的月超额收入额为 _____ 美元。

这意味着您须每月向当地社会服务办事处提交等于或超过您月超额收入额 (_____ 美元) 的已付/未付医疗费用清单, 以便您有资格享受其他额外受保的门诊费用报销福利。此外, 在任一您需要门诊费用报销的月份, 您也可以向当地社会服务办事处缴纳超额收入额。若查找当地社会服务办事处时您需要帮助, 请致电 **Medicaid** 帮助热线办公室: 1-800-541-2831。

若您已住院并产生了等于或超过半年超额收入额 (_____ 美元) 的医疗或其他费用 (已付或未付), 您便有资格享受住院和门诊 **Medicaid**。请阅读所附的“超额收入计划说明”及“可选缴费计划”文档。

在部分情况下, **Medicaid** 计划不计算被置于特殊需求信托中的收入。请阅读所附的“有关信托对 **Medicaid** 资格影响的说明”文档。您也可在卫生署网站上查阅到相关信息: https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts。

附上预算工作表, 方便您了解我们如何确定您的资格。如需帮助, 请致电上述相关电话号码与所属社会服务区联系。

这一决议基于《纽约州法规、规则和条例 (NYCRR)》条例 18《社会服务法》中的 360-2.3、360-4.1、360-4.4、360-4.5、360-4.7、360-4.8 以及 366-a(2) 与 366.14 节。

有关条例规定, 如需对需求、收入、资源、居住安排或地址进行任何更改, 须立即通知本署。

您有权对这一决议提起上诉
请务必阅读此份通知的背面, 以了解如何就这一决议提起上诉

申请召开讨论会的权利： 您可申请召开讨论会以审查以上措施。如有此等想法，请尽快提出申请。在讨论会上，若发现我们作出了错误决议或根据您提供的信息我们决定变更该决议，我们将采取纠正措施并向您发送新通知。如需申请召开讨论会，您可致电本通知首页所载电话号码与我们联系或将书面申请邮寄至本通知首页顶部所载地址。该电话号码仅供用于申请召开讨论会，**不得用以申请公平聆讯**。在您申请召开讨论会后，仍然有权申请公平聆讯。若您希望自己享有的福利在公平聆讯决议前继续保持不变（继续援助），须按以下所述申请公平聆讯。请阅读以下内容了解公平聆讯相关信息。

申请公平聆讯的权利： 若您坚信上述措施不当，可通过以下方式申请州公平聆讯：

- 1) **电话：** 您可致电全州免费电话：**800-342-3334**（致电时请将本通知置于身旁）；
- 2) **传真：** 将本通知副本发送至传真号 **(518) 473-6735**；
- 3) **在线：** 前往以下链接填写并发送在线申请表格：<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>；
- 4) **书面：** 将**填写完好**的本通知副本邮寄至纽约州临时救济与伤残援助办事处 (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) 的公平聆讯部（地址为：P.O. Box 1930, Albany, New York 12201）并自留副本。

我想申请公平聆讯。这一机构的措施有误，理由是： _____

姓名（印刷体）： _____ 案件编号： _____

地址： _____ 电话： _____

当事人签名： _____ 日期： _____

自本通知发出之日起 60 日内，您可申请进行公平聆讯

若您申请进行公平聆讯，纽约州政府将向您发出通知，告知进行聆讯的时间与地点。您有权让法律顾问、亲属、朋友或他人代理出席，也可亲自出席。在聆讯会上，您、您的律师或其他代理人将有机会呈现书面和口头证据，以论述不应采取此等措施的理由，还有机会提问任何出席聆讯会的人员。此外，您还有权携证人出席为您辩护。出席聆讯会时，您应携带所有对本案有帮助的文件，例如本通知、工资单、收据、医药费账单、暖气费账单、医疗鉴定及相关书信等。

继续享受个人福利： 若您在本通知所载的生效日期前申请进行公平聆讯，您享受的福利将保持不变，直至公平聆讯作出决议。然而，若您在公平聆讯中败诉，我们将可能收回所有您本无权享受的医疗援助福利。若您希望避免出现这一情况，请选中下方的复选框以表明不希望您的援助继续执行，并将此页与听证申请一同发送。若您选中了该复选框，上述措施将于上述生效日期开始执行。

本人同意在公平聆讯作出决议前，本人的医疗援助福利按本通知所述处理。

法律援助： 若您需要免费的法律援助，可联系当地法律援助协会 (Legal Aid Society) 或其他法律援助团体以获得此等帮助。在黄页“律师”栏中查找或致电本通知首页所载电话号码，便可找到最近的法律援助协会或其他援助团体。

查阅个人档案及文件副本： 为帮助您为聆讯会做好准备，您有权查看自己的案件档案。若您来电或提出相关书面申请，我们可以将提供给公平聆讯听证官的您的档案文件副本免费为您提供。此外，若您来电或提出书面申请，对于您认为在准备公平聆讯时可能会用到的文件，我们也可向您提供免费副本。若您想索取相关文档或了解如何查阅个人档案，请致电本通知首页顶部所载用于记录查阅的电话号码或写信至本通知首页顶部所载地址。

若您想获得个人案件档案的文件副本，应提前提出申请。我们将在聆讯日期前的合理时间范围内，向您提供相关资料。您特别要求邮寄时才会以邮寄方式提供文件。

信息： 若您想了解有关个人案件、如何申请公平聆讯、如何查看个人文件以及如何获得额外文件副本的信息，请致电本通知首页顶部所载电话号码或写信至本通知首页顶部所载地址。

注意： 19 岁以下无权享受 Medicaid 或其他医疗保险的青少年儿童或将有资格参与“儿童加健保险计划”，该计划旨在为儿童提供健康医疗保险。相关信息请致电 1-800-698-4543。