

NOTIFICA DELL'INTENZIONE DI MODIFICARE LA COPERTURA MEDICAID (BENEFICIARIO DIMESSO DA UN PROGRAMMA DI ASSISTENZA GESTITA A LUNGO TERMINE, NESSUNA INDENNITÀ DI ALLOGGIO)

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

La informiamo che abbiamo ricalcolato la sua idoneità per il programma Medicaid a partire dal _____ per i seguenti nominativi: _____.

Ciò è dovuto al fatto che non è più iscritto a un programma di assistenza gestita a lungo termine. Per il periodo della sua iscrizione al programma sanitario aveva diritto a un'indennità di alloggio pari a _____ \$.

Non essendo più iscritto al programma sanitario, non ha più diritto a questa indennità di alloggio. La sua idoneità a Medicaid è stata rivista in base ai seguenti calcoli:

Reddito mensile lordo	_____	\$
Totale detrazioni	_____	\$
Saldo	_____	\$
Reddito standard Medicaid	_____	\$
Nuovo reddito mensile in eccesso	_____	\$
Nuovo reddito in eccesso (sei mesi)	_____	\$

L'importo del reddito in eccesso mensile precedente era di _____ \$

L'importo del reddito in eccesso precedente per sei mesi era di _____ \$

In base ai calcoli riportati sopra, il suo reddito mensile netto (reddito lordo meno detrazioni Medicaid) di _____ \$ supera il limite di reddito standard Medicaid di _____ \$. L'importo superiore al limite viene indicato come reddito in eccesso o "spend-down". L'importo del suo reddito mensile in eccesso è di _____ \$.

Alla luce di ciò, dovrà quindi inviare all'ufficio locale dei servizi sociali una prova delle spese mediche sostenute o non sostenute ogni mese per un importo pari o superiore al suo reddito mensile in eccesso di _____ \$ per essere idoneo al rimborso di eventuali spese ambulatoriali aggiuntive soggette a copertura. Inoltre, potrebbe esserle richiesto di versare l'importo relativo al reddito in eccesso al suo ufficio locale dei servizi sociali per ogni mese in cui necessita di copertura per assistenza ambulatoriale. Per assistenza nella ricerca dell'ufficio locale dei servizi sociali, può contattare il servizio di assistenza Medicaid al numero: 1-800-541-2831.

Lei può essere idoneo a partecipare a Medicaid per la copertura delle spese ospedaliere ed extraospedaliere nel caso in cui sia ricoverato e abbia spese mediche (pagate o non pagate) per un importo pari o superiore al suo reddito in eccesso per sei mesi di _____ \$, o abbia altre spese mediche (pagate o non pagate) per un importo pari o superiore al suo reddito in eccesso per sei mesi. 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 DETERMINE 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.

Questa decisione si basa sulle norme 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 e 360-4.8, e Sezioni 366-a(2) e 366.14 della Legge sui servizi sociali (Social Services Law).

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

LA PREGHIAMO DI LEGGERE IL RETRO DI QUESTA NOTIFICA PER INFORMAZIONI SU COME IMPUGNARE LA DECISIONE

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 di 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.