

MEDICAID 보장 변경 계획 통지서
(장기 관리 의료 플랜을 해지하고 주택 수당이 없는 수령인)

일련 번호		가맹센터 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

이것은 _____ 일부터 _____ 이름
_____에 대하여 귀하의 Medicaid 프로그램의 자격을 재검토함을 알리는
통지서입니다.

재검토 사유는 귀하가 더 이상 장기 관리 의료 플랜에 가입된 상태가 아니기 때문입니다. 이 건강 플랜에 가입한 기간 동안 귀하는 주택
수당 \$ _____ 를 받을 수 있습니다.

더 이상 이 건강 플랜에 가입한 상태가 아니기 때문에 앞으로는 이 주택 수당을 수령할 수 없습니다. 귀하의 Medicaid 자격을
변경하는 근거는 다음과 같습니다.

월 총소득	\$ _____
총 공제액	\$ _____
잔액	\$ _____
Medicaid 소득 표준	\$ _____
새로운 월 초과 소득	\$ _____
새로운 초과 소득(6 개월)	\$ _____
이전의 월 초과 소득액	\$ _____
6 개월 간 이전의 초과 소득액	\$ _____

위 계산에 따르면 귀하의 순소득(총소득 - Medicaid 공제액) \$ _____ 는 Medicaid 소득 표준 \$ _____ 를
초과합니다. 한도 초과 금액을 초과 소득 또는 스펜드다운(Spenddown)이라고 합니다. 귀하의 월 초과 소득액은
\$ _____ 입니다.

이는 귀하가 추가로 보장되는 외래환자 비용 지급에 대해 자격을 갖추려면 귀하의 월 초과 소득 금액 \$ _____ 이상인 지급
또는 미지급 의료 비용을 매달 지방 복지국에 제출해야 한다는 의미입니다. 귀하는 또한 외래환자 보장이 필요한 모든 달에 대해 지방
복지국에 귀하의 초과 소득 금액을 지급해야 할 수도 있습니다. 지방 복지국을 찾는 데 도움이 필요한 경우 Medicaid 전화 상담국 1-
800-541-2831 으로 문의하십시오.

귀하가 입원하게 되었는데 의료 비용(지급 또는 미지급)이 귀하의 6 개월 초과 소득 금액 \$ _____ 이상이거나 기타 의료
비용(지급 또는 미지급)이 6 개월 초과 소득 금액 이상인 경우, 입원 보장과 외래 보장 모두에 대해 Medicaid 자격 대상이 될 수
있습니다. 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 자원 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 에도
나와 있습니다.

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

본 결정은 규정 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 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: 귀하는 회의를 통해 이 조치를 검토할 수 있습니다. 회의를 원하는 경우 긴급적 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, **공정회 신청용이 아닙니다.** 회의를 요청해도 공정회 자격은 여전히 유지됩니다. 공정회 결정이 나기까지 변함없이 혜택을 계속 받고 싶으실 경우(지원 계속) 아래에 제시한 방법대로 공정회를 신청해야 합니다. 공정회 정보는 아래를 확인해 주십시오.

공정회 권리: 상기 조치가 부당하다고 생각되는 경우 다음 중 한 가지 방법으로 공정회를 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 보내십시오. 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 공정회를 원합니다. 귀 기관의 결정이 잘못된 이유는 다음과 같습니다. _____

성명(정 자체): _____ 케이스 번호: _____

주소: _____ 전화 번호: _____

의뢰인 서명: _____ 날짜: _____

공정회 신청 기한은 이 통지서 날짜로부터 60 일 이내입니다.

공정회를 요청하는 경우 주에서 공정회 시간 및 장소에 대한 안내 통지서를 발송합니다. 귀하에게는 법률 고문, 친척, 친구 또는 다른 사람으로부터 변호를 받거나 자신을 변호할 권리가 있습니다. 공정회에서 귀하, 귀하의 변호사 또는 기타 대리인은 최종 결정에 따른 조치가 취해져서는 안 되는 이유를 보여주는 서면 또는 구술 증거를 제시하며, 공정회에 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 공정회에 지참해야 합니다.

혜택 유지: 본 통지서의 발효일 전에 공정회를 요청하는 경우 공정회의 결정이 나올 때까지 혜택을 그대로 받게 됩니다. 하지만 공정회에서 귀하가 패스할 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 공정회 신청서와 함께 제출하십시오. 해당 칸에 체크할 경우 위에 기재된 발효일에 위에 설명한 조치를 실시합니다.

본인은 공정회 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: 귀하는 공정회 준비를 위해 귀하의 케이스에 관한 파일을 열람할 권리가 있습니다. 전화나 서신으로 요청 시 귀하 파일에 관련된 문서의 사본을 무료로 제공하며, 이는 공정회 담당관에게 건별 내용과 동일합니다. 또한 공정회 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 공정회 당일 이전에 적절한 시일 내에 제공됩니다. 특별히 우편 발송을 요청한 문서만 우편으로 발송합니다.

정보: 귀하의 케이스, 공정회 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.