

УВЕДОМЛЕНИЕ О НАМЕРЕНИИ ИЗМЕНИТЬ СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ MEDICAID (ПОЛУЧАТЕЛЬ ПРЕКРАТИЛ УЧАСТИЕ В ПЛАНЕ УПРАВЛЯЕМОГО ДОЛГОСРОЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И НЕ ПОЛУЧАЕТ ПОСОБИЕ НА ЖИЛЬЕ)

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

Настоящим уведомляем, что мы произвели пересмотр вашего соответствия критериям участия в программе Medicaid, начиная с _____ для следующих лиц:

Это произошло потому, что вы больше не являетесь участником Плана управляемого долгосрочного медицинского обслуживания. Пока вы состояли в плане медицинского страхования, вы имели право на пособие на жилье в размере \$ _____.

Поскольку вы больше не являетесь участником плана медицинского страхования, вы не имеете права далее получать это пособие. Ваше соответствие критериям участия в программе Medicaid было пересмотрено на основании следующих расчетов:

Валовой ежемесячный доход \$ _____

Общая сумма вычетов \$ _____

Остаток на счете \$ _____

Стандартный доход для участия в программе Medicaid \$ _____

Новая сумма ежемесячного избыточного дохода \$ _____

Новая сумма избыточного дохода (шесть месяцев) \$ _____

Прошлая сумма ежемесячного избыточного дохода \$ _____

Прошлая сумма ежемесячного избыточного дохода за шесть месяцев \$ _____

На основании приведенных выше расчетов ваш чистый доход (совокупный доход минус вычеты по программе Medicaid) в размере \$ _____ превышает стандартный уровень дохода для участия в Medicaid в размере \$ _____. Сумма, превышающая предельный уровень, называется избыточным доходом или излишком. Ваша месячная сумма избыточного дохода составляет \$ _____.

Таким образом, чтобы иметь право на оплату каких-либо дополнительных оплачиваемых медицинских расходов, вам необходимо ежемесячно представлять в местное отделение социальных служб оплаченные или неоплаченные расходы на медицинское обслуживание, превышающие вашу ежемесячную сумму избыточного дохода, составляющую \$ _____ долл., или равные ей. Кроме того, вы вправе уплатить свою сумму избыточного дохода местному отделению социальных служб за любой месяц, в течение которого вам потребуется оплата амбулаторных расходов. Если вам нужна помощь в поиске местного отделения социальных служб, обратитесь в отдел поддержки Medicaid по номеру: 1-800-541-2831.

Вы можете получить право на участие в программе Medicaid и покрытие стационарного и амбулаторного лечения, если будете госпитализированы и понесете расходы на медицинское обслуживание (оплаченные или неоплаченные), которые равны сумме вашего избыточного дохода за шесть месяцев в размере \$ _____ или превышают ее, или если вы понесете иные медицинские расходы (оплаченные или неоплаченные), которые равны сумме вашего избыточного дохода за шесть месяцев или превышают ее. 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.

Настоящее решение принято на основании Положений 18 NYCRR 360-2.3, 360-4.1, 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 и 360-4.8, а также 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

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 выступают 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 заявление 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.