

**УВЕДОМЛЕНИЕ О НАМЕРЕНИИ ПРЕКРАТИТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID**

ДАТА УВЕДОМЛЕНИЯ		ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ		НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ/ЦЕНТРА ИЛИ РАЙОННОГО ОФИСА	
НОМЕР ДЕЛА		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (CIN)			
ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА (и имя адресата, если есть)					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> [</div>				ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ОБРАЩЕНИЙ С ВОПРОСАМИ ИЛИ ЗА ПОМОЩЬЮ _____	
				ИЛИ Собеседование в учреждении _____ Информация и помощь с объективным разбирательством _____ Доступ к материалам _____ Информация о юридической помощи _____	

ОФИС №	ОТДЕЛЕНИЕ №	СОТРУДНИК №	НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
--------	-------------	-------------	---------------------------------------	----------------

С _____ будет прекращено участие в программе Medicaid следующих лиц:

- (Имя) _____ Идент. номер клиента _____
 (Имя) _____ Идент. номер клиента _____

Причина: Ваш валовой доход в размере _____ долл. превышает сумму _____ долл., которая является допустимым для Medicaid лимитом дохода для лиц, не состоящих в браке / бездетных пар в возрасте от 21 года до 65 лет, лиц в возрасте от 19 до 20 лет, живущих самостоятельно, и родителей ребенка до 21 года.

- (Имя) _____ Идент. номер клиента _____
 (Имя) _____ Идент. номер клиента _____
 (Имя) _____ Идент. номер клиента _____
 (Имя) _____ Идент. номер клиента _____

Причина: Ваш валовой доход в размере _____ долл. превышает сумму _____ долл., которая является допустимым для Medicaid лимитом дохода для лиц в возрасте до 19 лет.

- (Имя) _____ Идент. номер клиента _____
 (Имя) _____ Идент. номер клиента _____
 (Имя) _____ Идент. номер клиента _____
 (Имя) _____ Идент. номер клиента _____

Причина: Ваш валовой доход в размере _____ долл. превышает сумму _____ долл., которая является допустимым для Medicaid лимитом дохода для лиц в возрасте от 19 до 20 лет, проживающих с родителем или осуществляющих уход за родственником.

- Вы не соответствуете критериям участия в программе Medicaid с оплатой услуг из собственных средств, поскольку Ваш валовой доход в размере _____ долл. превышает допустимый для Medicaid лимит _____ долл. Сумма превышения лимита называется избыточным доходом или суммой собственных средств на оплату услуг. Ваша месячная сумма избыточного дохода составляет _____ долл. Нами не получены документы, подтверждающие, что у Вас есть оплаченные или неоплаченные медицинские расходы, не покрываемые страховкой, которые равны Вашей сумме избыточного дохода или превышают ее.

Если Вы получите счета за медицинские услуги на сумму избыточного дохода или если Ваш доход уменьшится, Вы можете подать заявление повторно.

Просим ознакомиться с приложениями «Объяснение программы для лиц с избыточным доходом (Excess Income Program)» и «Программа внесения средств по желанию (Optional Pay-In)».

В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ В ПРОГРАММЕ MEDICAID НЕ УЧИТЫВАЕТСЯ ДОХОД, НАПРАВЛЯЕМЫЙ В ФОНДЫ ПОДДЕРЖКИ ЛИЦ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРИЛОЖЕНИЕМ «ВЛИЯНИЕ ФОНДОВ НА ВОЗМОЖНОСТЬ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ MEDICAID». ЭТИ РАЗЪЯСНЕНИЯ ТАКЖЕ ДОСТУПНЫ НА САЙТЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

- Вы не соответствуете критериям участия в Family Planning Benefit Program (Программа помощи при планировании семьи), поскольку Ваш валовой доход в размере _____ долл. превышает сумму _____ долл., которая является допустимым лимитом дохода для Family Planning Benefit Program.

Прилагаем таблицы расчета бюджета, где Вы можете посмотреть, как было установлено Ваше соответствие критериям получения льгот.

Данное решение принято на основании раздела 366(1)(b) Закона о социальных службах.

Даже если Ваш доход слишком высок для получения покрытия Medicaid, Вы все равно можете соответствовать критериям получения медицинского страхового покрытия.

Лица и семьи, которые подают или будут подавать федеральную налоговую декларацию с указанием дохода в размере до 400% от федерального прожиточного минимума, что составляет 48 240 долл. на одного человека и 98 400 долл. на семью из четырех человек (исходя из федерального прожиточного минимума на 2017 г.), могут иметь право на получение авансового налогового зачета для помощи в приобретении медицинской страховки на Бирже медицинского страхования штата Нью-Йорк, NY State of Health. Если годовой доход превышает 400% федерального прожиточного минимума, медицинскую страховку все равно можно приобрести через NY State of Health.

Вам может быть предоставлена помощь в подаче заявления на получение медицинского страхового покрытия через NY State of Health. Консультанты по заполнению заявлений и сертифицированные адвокаты прошли специальную подготовку, чтобы помочь Вам разобраться в вариантах медицинского страхования и зарегистрироваться в плане страхования. Ваше местное отделение социальных служб также может помочь Вам в подаче заявления и принятии решения.

Чтобы узнать подробнее о New York State of Health и найти консультантов по заполнению заявлений и сертифицированных адвокатов в своем районе, позвоните по номеру 1-855-355-5777 или посетите наш веб-сайт <http://www.nystateofhealth.ny.gov/>.

НОРМАТИВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕБУЮТ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО УВЕДОМЛЯТЬ ДАННЫЙ ДЕПАРТАМЕНТ 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 провести собеседование, 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 на проведение 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 заявлений о проведении собеседования. **Для подачи заявления о проведении объективного разбирательства предусмотрен другой порядок.** Если вы обратитесь с заявлением о проведении собеседования, вы не утратите 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.

ДОСТУП К МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ: В процессе подготовки к разбирательству вам предоставляется право ознакомиться с материалами дела. Если вы позвоните или напишете нам, вам будут бесплатно предоставлены копии документов из вашего дела, которые будут переданы сотруднику, проводящему объективное разбирательство. Кроме того, если вы позвоните или напишете нам, мы бесплатно вышлем вам копии других документов из вашего дела, которые, по вашему мнению, могут потребоваться для подготовки к объективному разбирательству. Если Вы позвоните или напишете нам, мы также бесплатно предоставим Вам конкретные регулятивные материалы, необходимые Вам, чтобы решить, следует ли запросить проведение объективного разбирательства, или чтобы подготовиться к разбирательству. Регулятивные материалы, которые могут быть Вам предоставлены, включают, к примеру, такие документы: административные директивы, сообщения общей информационной системы, информационные письма, части справочника Medicaid, новостные рассылки Department of Health касательно Medicaid и меморандумы руководителя местной службы. Чтобы запросить конкретные регулятивные материалы или документы либо узнать, как ознакомиться со своим делом, позвоните по номеру телефона, указанному в графе «Доступ к материалам» в верхней части лицевой стороны настоящего уведомления, или напишите по адресу, указанному в верхней части лицевой стороны настоящего уведомления. Если Вам нужны бесплатные копии конкретных регулятивных материалов или документов из Вашего дела, заранее обратитесь с просьбой предоставить их. Они будут переданы Вам в разумный срок до даты разбирательства. Документы будут отправлены вам по почте только в том случае, если вы специально попросите об этом.

ПРАВО НА ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО. Если, по вашему мнению, указанное решение является неверным, вы можете обратиться с заявлением 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 ЗВОНКА ДЕРЖИТЕ ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ПОД РУКОЙ). **ИЛИ**
- 2) **Факс:** отправьте копию настоящего уведомления по факсу на номер (518) 473-6735.
- 3) **Интернет:** заполните и отправьте форму запроса онлайн по адресу <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>.
- 4) **Почта:** отправьте **заполненную** копию данного уведомления в подразделение по проведению беспристрастных разбирательств Управления временных пособий и пособий по инвалидности штата Нью-Йорк по следующему адресу: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Сохраните копию настоящего уведомления.

Я хочу, чтобы было проведено объективное разбирательство. Решение учреждения является неверным по следующим причинам: _____

Имя и фамилия печатными буквами: _____ Номер дела _____

Адрес: _____ Телефон: _____

Подпись клиента: _____ Дата: _____

ВЫ МОЖЕТЕ ОБРАТИТЬСЯ С ЗАЯВЛЕНИЕМ О ПРОВЕДЕНИИ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА В ТЕЧЕНИЕ 60 ДНЕЙ С ДАТЫ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ. Если Вы обратитесь с заявлением о проведении объективного разбирательства, органы власти штата вышлют Вам уведомление о времени и месте проведения такого разбирательства. Вы имеете право на представление ваших интересов юристом, родственником, знакомым или иным лицом либо можете выступить самостоятельно. В ходе разбирательства вы, ваш адвокат или другой представитель будут иметь возможность представить письменные и устные доказательства причин, по которым данное решение не должно быть вынесено, а также возможность опросить любых лиц, присутствующих на разбирательстве. Вы также имеете право вызвать свидетелей, которые выступят в поддержку ваших аргументов. Принесите на разбирательство все имеющиеся у вас документы, которые могут помочь в представлении вашего дела, например: настоящее уведомление, корешки чеков, квитанции, счета на оплату медицинских услуг, счета за отопление, медицинские справки, 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. Однако если решение по результатам объективного разбирательства будет вынесено не в Вашу пользу, мы можем потребовать возмещения любых льгот в рамках программы Medicaid, которые Вы не должны были получать. Если Вы хотите избежать такой возможности, поставьте галочку возле приведенного ниже заявления, в котором указывается, что Вы отказываетесь от продолжения выплаты пособия, и отправьте эту страницу вместе со своим заявлением о проведении объективного разбирательства. Если Вы поставите отметку возле этого заявления, описанное выше действие будет принято в указанную выше дату вступления в силу.

Я соглашаюсь на принятие описанных в этом уведомлении мер в отношении моих льгот Medicaid до вынесения решения по результатам 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.

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 в возрасте до 19 лет, не соответствующие критериям для участия в программе Medicaid или другой программе медицинского страхования, могут иметь право на участие в программе медицинского страхования для детей Child Health Plus Insurance Plan. Эта программа обеспечивает медицинское страхование для детей. Для получения информации позвоните по номеру 1-800-698-4543.