

关于您申请获得 **MEDICAID** 有追溯效力的保险的决定通知书

通知日期	生效日期	机构/中心或地区办公室的名称及地址		
个案编号	CIN 号码			
个案名称（及转交人姓名，如有）和地址				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		用于咨询问题或寻求帮助的通用电话号码		
		或者 机构调解会 _____		
		公平听证会信息和援助 _____		
		记录查询 _____		
法律援助信息 _____				
办公室编号	部门编号	工作人员编号	部门名称或工作人员姓名	电话号码

从_____起，您的医疗保险将由 **New York State of Health** 授权批准。我们已经就您获得申请加入 **New York State of Health** 之前三个月内的医疗费用赔付申请做出了决定。我们谨此发送本通知向您告知，本卫生署将：

接受于 _____ 提出的 **Medicaid** 申请，承保起止日期为 _____ 至 _____
详情如下：

所有承保的护理及服务受益人为（姓名） _____

以下人员需缴纳**自付金额**（姓名） _____。

这是因为您的净收入（总收入减去 **Medicaid** 扣除额）为 _____ 美元，超出了允许的 **Medicaid** 收入限额，即 _____ 美元。超出限额的部分称之为超额收入或自付金额。您的月超额收入为 _____ 美元。

仅限门诊医疗护理 - 您已证实支付或未支付 _____ 美元的医疗费用，即 _____ 月份的超额收入。**Medicaid** 计划 将支付上述月份超出每月缴纳自付金额的计划覆盖范围内的门诊费用。

门诊医疗护理和住院医疗护理（所有覆盖范围内的护理和服务）- 您已证实支付或未支付 _____ 美元的医疗费用（从 _____ 月到 _____ 月这六个月的超额收入）。**Medicaid** 计划将支付该期间产生的所有额外可给付的医疗费用。

请阅读随附的“**Excess Income Program**（超额收入计划）说明”。

在某些情况下，**MEDICAID** 计划不会将补充需求信托中的收入计算在内。请仔细阅读附件“关于信托对 **MEDICAID** 资格的影响的说明”。此信息也可在卫生部网站上获取：
https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts。

如果您提交了已付医疗账单以寻求获得直接报销，那么您将收到关于我们做出的决定的单独通知。

拒绝以下人员于 _____ 提出的 **Medicaid** 申请，姓名为 _____，
原因是：

您没有资格获得 **Medicaid**，因为您的净收入（总收入减去 **Medicaid** 扣除额）为 _____ 美元，超出了允许的 **Medicaid** 收入限额，即 _____ 美元。超出限额的部分称之为超额收入或自付金额。您的月超额收入为 _____ 美元。我们尚未收到相关文档，证明您有等于或高于您的超额收入且不在保险给付范围内的已付或未付医疗费用。

其他： _____

本决定的依据是 **Social Services Law**（《社会服务法》）第 364-i(7) 条。

我们已随附预算工作表，以便您可以了解我们如何判定您是否符合获得福利的资格。

法规要求您当您的需求、收入、资源、居住方式或地址发生任何变更时应立即告知本部门

您有权对上述决定提出上诉
请确保阅读本通知书背面提供的对本决定提出上诉的方法

调解会权利：您可以申请调解会对这些措施进行审查。如果您需要举行调解会，应尽快申请。在调解会中，如果我们发现我们的确定结果有误，或者我们依据您所提供的信息决定变更我们的确定结果，则我们将采取纠正措施并重新对您予以通知。您可以拨打本通知书第一页中提供的电话号码来申请调解会，也可将您的书面申请寄送至本通知书首页顶部提供的地址来进行申请。此号码仅用于申请调解会。**您不可以使用该号码来申请召开公平听证会。**如果您申请举行调解会，您仍有权申请召开公平听证会。如果您想在获得公平听证会判决结果之前继续领取自己的福利（继续获得援助），那么您必须采用下述方式申请召开公平听证会。请阅读下方的公平听证会信息。

获取您的文件和文档复印件：为帮助您为听证会做好准备，您有权查看您的个案文件。如果您通过电话或信件联系我们，我们将向您免费寄送您文件中文档的复印件，并将在听证会上向听证官提供此资料。同时，如果您通过电话或信件联系我们，我们将向您免费寄送您认为可能需要用于为听证会做好准备的其他文档的复印件。如果您打电话或写信给我们，我们还将免费为您提供必要的具体政策材料，以便您决定是否申请召开公平听证会或为听证会做好准备。我们可为您提供的政策材料包括以下文档：行政指令、一般信息系统消息、信息性信函、Medicaid 参考指南的部分内容、Department of Health Medicaid 最新通讯和当地局长备忘录。要申请获取具体政策材料、文档或了解查看文件的方法，请拨打本通知书正面顶部提供的“记录存取”电话号码，或者写信邮寄至本通知书正面顶部提供的地址以联系我们。如果您需要您个案文件的免费具体政策材料或文档复印件，应提前申请。我们将在听证会之前的适当时间向您提供该资料。只有在您特别请求邮寄文档时，才会将文档邮寄给您。

公平听证会权利：如果您认为以上措施有误，则可以申请举行纽约州公平听证会。申请方式如下：

- 1) **电话：**您可拨打纽约州免费电话：800-342-3334（请在拨打电话时将此通知放在手边备用）或者
- 2) **传真：**将本通知书副本用传真发送至：(518) 473-6735；或者
- 3) **在线：**请访问以下网址，填写并发送在线申请表：<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>；或者
- 4) **写信：**将已填妥的本通知书副本邮寄至 Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201。请自行留存一份复印件。

我要申请召开公平听证会。该机构的行动有误，原因如下： _____

正楷体姓名： _____ 个案编号 _____

地址： _____ 电话： _____

客户签名： _____ 日期： _____

自本通知书发出之日起，您有 60 天时间申请召开公平听证会：申请听证会后，纽约州将向您发送一份通知，告知您举行公平听证会的时间及地点。您有权邀请法律顾问、亲属、朋友或他人作为代表参加听证会，也可以自己提出异议。在听证会当中，您的律师或其他代表将有机会出示书面或口头证据以证明之前措施有误，以及有机会向出席听证会的任何人员发问。此外，您还有权邀请证人为您提供证据。您应携带任何可为您的个案提供有力证据的文件出席听证会，诸如本通知书、工资单、收据、医疗账单、供暖账单、医疗诊断书、信件等文件。

法律援助：如果您需要获取免费法律援助，可联系您所在地的法律援助协会 (Legal Aid Society) 或其他法律支持团体来获取此类援助。您可以在黄页的“律师” (Lawyers) 条目下查找附近的法律援助协会或维权团队信息，也可以拨打本通知书第一页中提供的电话号码以进行查询。

信息：如果您想获取与您的个案相关的更多信息，或者想详细了解申请召开公平听证会、查看文件或获取其他文件副本的方法，请拨打本通知书第 1 页提供的电话号码，或者写信邮寄至本通知书第 1 页提供的地址以联系我们。

注意：未满 19 岁的不具备 Medicaid 或其他健康保险参保资格的儿童可能有资格投保 Child Health Plus 保险计划。该计划提供针对儿童的健康护理保险服务。请拨打 1-800-698-4543 获取相关信息。