

NOTIFICA DELLA DECISIONE RELATIVA ALLA DOMANDA DI ADESIONE A MEDICAID PER COPERTURA

DATA DI NOTIFICA		DECORRENZA		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE				
NUMERO DI PRATICA		NUMERO CIN						
NOME PRATICA (e generalità di chi offre domicilio, se presente) E INDIRIZZO								
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> ┌ ┐ └ ┘ </div>				N. TELEFONO GENERALE PER DOMANDE O ASSISTENZA _____				
				OPPURE Incontro con agenzia _____ Informazioni e assistenza per udienza imparziale _____ Accesso agli atti _____ Informazioni sull'assistenza legale _____				
				N. UFFICIO	N. UNITÀ	MATR. OPERATORE	NOME UNITÀ O OPERATORE	N. TELEFONO

A decorrere da _____ la sua copertura sanitaria è autorizzata tramite New York State of Health. Abbiamo preso una decisione riguardo alla sua richiesta di copertura delle spese mediche nel periodo di tre mesi precedente alla sua domanda di adesione a New York State of Health. Le inviamo la presente notifica per informarla che questo Dipartimento:

ACCETTA la domanda di adesione a Medicaid datata _____, con copertura per il periodo da _____ a _____ nelle seguenti modalità:

Tutta l'assistenza e i servizi coperti per (nominativo/i) _____

Con una condizione "SPEND-DOWN" per (nominativo/i) _____

Il suo reddito netto (reddito lordo meno detrazioni Medicaid) di \$ _____ supera infatti il limite di reddito Medicaid consentito 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 \$ _____.

Solo cure mediche ambulatoriali - Le sono state riconosciute spese mediche sostenute o non sostenute pari a \$ _____, reddito in eccesso per il mese/i mesi di _____. Il programma Medicaid coprirà le spese ambulatoriali coperte che superano lo "spend-down" mensile relativo al mese/ai mesi indicati.

Cure mediche ambulatoriali e cure mediche ospedaliere con ricovero (tutte le cure e i servizi coperti) - Le sono state riconosciute spese mediche sostenute o non sostenute pari a \$ _____ (il reddito in eccesso per il periodo di sei mesi da _____ a _____). Il programma Medicaid pagherà tutte le spese mediche coperte aggiuntive sostenute durante questo periodo.

La preghiamo di leggere il materiale allegato "Explanation of the Excess Income Program".

IN DETERMINATE CIRCOSTANZE, IL PROGRAMMA MEDICAID NON PRENDE IN CONSIDERAZIONE IL REDDITO DEPOSITATO SU UN FONDO FIDUCIARIO PER INDIVIDUI CON ESIGENZE SPECIALI (SUPPLEMENTAL NEEDS TRUST). MAGGIORI INFORMAZIONI SU QUESTO ARGOMENTO SONO DISPONIBILI NELL'ALLEGATO "NOTE SULL'EFFETTO DEI FONDI FIDUCIARI SULL'IDONEITÀ MEDICAID" O SUL SITO DEL DIPARTIMENTO DELLA SALUTE (DEPARTMENT OF HEALTH), ALL'INDIRIZZO https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

Se ha richiesto il rimborso diretto delle spese mediche sostenute, la nostra decisione le verrà notificata separatamente.

RIFIUTA la domanda di adesione a Medicaid datata _____ per (nominativo/i) _____ per le seguenti motivazioni:

Lei non è idoneo a ricevere la copertura Medicaid perché il suo reddito netto (reddito lordo meno detrazioni Medicaid) di _____ supera infatti il limite di reddito Medicaid consentito 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 \$ _____. Non abbiamo ricevuto alcuna documentazione che attesti le spese mediche da lei sostenute o non sostenute non coperte dall'assicurazione, il cui importo è uguale a o maggiore di quello del reddito in eccesso.

Altro: _____

Questa decisione si basa sulla Sezione 364-i(7) della Social Services Law (Legge sui servizi sociali).

Abbiamo allegato uno o più prospetti di bilancio per darle la possibilità di valutare in che modo abbiamo stabilito l'idoneità ai sussidi.

LE NORME STABILISCONO CHE VENGANO COMUNICATE IMMEDIATAMENTE A QUESTO DIPARTIMENTO LE EVENTUALI MODIFICHE A ESIGENZE, REDDITO, RISORSE, SISTEMAZIONE ABITATIVA O INDIRIZZO

**LEI HA IL DIRITTO DI IMPUGNARE QUESTA DECISIONE
SI ASSICURI 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, per le informazioni forniteci, stabiliamo di cambiare 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 la procedura per richiedere un'udienza imparziale.** Richiedendo un incontro ha comunque diritto ad ottenere un'udienza imparziale. Se desidera che i sussidi rimangano invariati (assistenza continua) fino all'esito dell'udienza imparziale, deve richiedere un'udienza imparziale nel modo descritto di seguito. Per le informazioni su come richiedere un'udienza imparziale, legga di seguito.

ACCESSO AL FASCICOLO PERSONALE E ALLE COPIE DEI DOCUMENTI: per aiutarla a prepararsi per l'udienza, ha il diritto di consultare il fascicolo personale del caso. 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. Se ci contatta telefonicamente o per posta, metteremo inoltre gratuitamente a sua disposizione materiali specifici della polizza di cui necessita per decidere se richiedere un'udienza imparziale o per prepararsi all'udienza. I materiali della polizza che potremmo mettere a sua disposizione comprendono il seguente tipo di documenti: direttive amministrative, messaggi del sistema informativo generale, lettere informative, parti della guida di riferimento Medicaid, newsletter di aggiornamento Medicaid del Department of Health e promemoria del sovrintendente locale. Per richiedere materiali specifici della polizza, documenti o per conoscere la procedura di consultazione del fascicolo, ci contatti al numero telefonico "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 gratuita dei materiali specifici della polizza o dei documenti del fascicolo personale del caso, dovrà farne richiesta con largo 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.

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 (TENGA QUESTA NOTIFICA A PORTATA DI MANO AL MOMENTO DELLA CHIAMATA) **OPPURE**
- 2) **Fax:** invii una copia di questa notifica 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 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 una notifica contenente la data e l'ora dell'udienza. Ha il diritto di essere rappresentato/a da un consulente legale, un parente, un amico/a o un'altra persona, oppure di rappresentarsi da solo/a. 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 in udienza. 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.

ASSISTENZA LEGALE: se ha bisogno di assistenza legale gratuita, potrà ottenerla contattando la Legal Aid Society (Società per il patrocinio legale gratuito) locale o altro ente di patrocinio legale gratuito. Può trovare l'ufficio Legal Aid Society o l'ente di patrocinio legale più vicino cercando nelle Pagine Gialle alla voce "Lawyers" oppure chiamando il numero indicato nella prima pagina di questa notifica.

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, ci chiami ai 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 d'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 piano fornisce assistenza sanitaria per minori. Per informazioni, chiami il numero 1-800-698-4543.