

**MEDICAID 소급 보장 신청에 대한 결정 통지**

통지 일자	발효 일자	기관/센터 또는 지역 사무실 이름 및 주소		
케이스 번호	CIN 번호			
케이스 이름(C/O 이름 존재 시 함께 기재) 및 주소				
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 2em;">┌</span> <span style="font-size: 2em;">┐</span> </div>  <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 2em;">└</span> <span style="font-size: 2em;">┘</span> </div>		문의 사항이 있거나 도움 필요 시 일반 전화번호 _____		
		-또는- 기관 컨퍼런스 _____ 공청회 정보 및 지원 _____		
		기록 열람 _____		
		법률 지원 정보 _____		
사무실 번호	부서 번호	복지사 번호	부서 또는 복지사 이름	전화번호

\_\_\_\_\_부로 귀하의 의료 서비스 보장이 **New York State of Health**를 통해 승인되었습니다. 당 기관은 귀하가 **New York State of Health**에 신청하기 전 3개월 동안의 의료비 청구 금액 보장 요청에 관한 결정을 내렸습니다. 이 통지서를 통해 본 부서에서 다음과 같은 조치를 취할 것임을 알려드립니다.

- 승인 \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 기간 동안의 보장을 포함하여 **Medicaid** 신청을 다음과 같이 승인합니다.
- 다음 의뢰인에 대한 보장되는 모든 치료 및 서비스 (이름) \_\_\_\_\_
- 다음 의뢰인에 대한 스펀드다운 요구 사항 포함 (이름) \_\_\_\_\_

이는 귀하의 순소득(총소득에서 **Medicaid** 공제액을 차감한 소득) \$ \_\_\_\_\_가 허용 가능한 **Medicaid** 소득 한도 \$ \_\_\_\_\_를 넘기 때문입니다. 이 한도를 넘는 금액을 초과 소득 또는 스펀드다운이라고 합니다. 귀하의 월간 초과 소득은 \$ \_\_\_\_\_입니다.

외래 진료비만 - 귀하의 지불 또는 미지불 의료비 지출액이 \_\_\_\_\_의 월 초과 소득 \$ \_\_\_\_\_와 같음이 확인되었습니다. **Medicaid** 프로그램은 상기 월의 월간 스펀드다운을 초과하는 보장 외래 진료비를 지급할 것입니다.

외래 진료비 및 입원 환자 병원 치료(보장되는 모든 치료 및 서비스) - 귀하의 지불 또는 미지불 의료비 지출액이 \$ \_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_부터 \_\_\_\_\_까지 6개월 동안의 초과 소득)과 같음이 확인되었습니다. **Medicaid** 프로그램은 이 기간에 발생한 모든 추가 보장 의료비 지출액을 지급할 것입니다.

동봉한 "초과 소득 프로그램 설명"을 읽어보시기 바랍니다.

직접 환급을 위해 치료비 영수증을 제출한 경우 본 결과와 별도로 통지를 받게 됩니다.

- 거부 다음 신청인에 대한 \_\_\_\_\_ 일자의 **Medicaid** 신청을 거부합니다. (이름) \_\_\_\_\_ 사유: \_\_\_\_\_

귀하의 순소득(총소득에서 **Medicaid** 공제액을 차감한 소득) \$ \_\_\_\_\_가 허용 가능한 **Medicaid** 소득 한도 \$ \_\_\_\_\_를 넘기 때문에 귀하는 **Medicaid**의 수혜 자격이 없습니다. 이 한도를 넘는 금액을 초과 소득 또는 스펀드다운이라고 합니다. 귀하의 월간 초과 소득은 \$ \_\_\_\_\_입니다. 당 기관은 귀하의 보험에서 보장하지 않는 지불 또는 미지불 의료비 지출액이 초과 소득 금액 이상임을 보여주는 문서를 받지 못했습니다.

기타: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

이 결정은 **Social Services Law(사회 복지법) 섹션 364-i(7)**을 기반으로 합니다.

당 기관에서 수혜 자격을 판단한 근거를 확인하실 수 있도록 예산 워크시트를 동봉했습니다.

*규정에 따라 필요 사항, 소득, 재산, 거주 형태 또는 주소에 변경이 있을 경우 당 기관에 즉시 알려야 합니다.*

귀하는 본 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.  
본 결정에 대한 이의 제기 방법은 본 통지서의 뒷면을 참조해 주십시오.

**컨퍼런스에 대한 권한:** 컨퍼런스를 열어 이 조치를 검토하실 수 있습니다. 컨퍼런스를 원하는 경우 가능한 한 빨리 요청하셔야 합니다. 컨퍼런스에서 기존 결정이 잘못된 것으로 확인되거나 귀하로부터 새롭게 제공받은 정보에 따라 결정을 변경해야 할 경우, 이에 따른 적절한 조치를 취하고 새로운 통지를 드릴 것입니다. 컨퍼런스를 요청하시려면 본 통지서의 1페이지에 기재된 전화번호로 전화하거나 1페이지 상단에 기재된 주소로 컨퍼런스 요청 서신을 보내십시오. 이 전화번호는 컨퍼런스 요청 전용 번호입니다. **이는 공청회를 요청하는 방법과 다릅니다.** 컨퍼런스를 요청해도 공청회 자격은 여전히 유지됩니다. 공청회 결정을 받을 때까지 혜택을 변경 없이 받고자 하는 경우(보조 지속), 아래에 설명된 방법으로 공청회를 요청해야 합니다. 공청회 정보는 아래를 확인해 주십시오.

**본인의 파일과 서류 사본에 대한 접근:** 귀하는 공청회 준비를 위해 귀하의 케이스에 관한 파일을 열람할 권리가 있습니다. 전화 또는 서면으로 요청하시면, 당국이 공청회 때 담당 사무관에게 제출할 서류 중 귀하의 파일에 포함된 서류 사본을 무료로 발송해 드립니다. 또한, 전화 또는 서면으로 요청하시면 공청회 준비에 필요한 기타 서류를 귀하의 파일에서 찾아 무료로 복사 및 발송해 드립니다. 전화 또는 서면으로 요청하시면, 공청회를 요청할지 심리를 준비할지에 대해 결정하는 데 필요한 정책 자료를 무료로 제공해 드릴 수도 있습니다. 귀하에게 제공 가능할 수 있는 정책 자료에는 행정 명령, 일반 정보 시스템 메시지, 정보 서신, 일부 Medicaid 참조 안내서, Department of Health(보건부) Medicaid 업데이트 뉴스레터, 지역 위원회 제안서 등과 같은 문서가 포함됩니다. 특정 정책 자료나 서류 요청 또는 파일 열람 방법에 대한 문의를 원하시면, 본 통지서의 1페이지 상단에 기재된 기록 열람 전화번호로 전화하거나 본 통지서의 1페이지 상단에 기재된 주소로 서신을 보내십시오. 귀하의 케이스 파일에 포함된 특정 정책 자료나 서류의 무료 사본을 원하는 경우, 미리 요청하셔야 합니다. 요청하신 사본은 심리 전 합당한 시일 내에 제공될 것입니다. 우편 발송을 별도로 요청하시는 경우에만 서류를 우편으로 보내드립니다.

**공청회에 대한 권한:** 위 조치가 부당하다고 여기는 경우 다음 중 하나의 방법으로 공청회를 요청하실 수 있습니다.

- 1) **전화:** 주 전 지역 수신자 부담 전화 800-342-3334번으로 전화하십시오(통화 시 본 통지서를 지참하십시오). 또는
- 2) **팩스:** 본 통지서의 사본을 팩스 (518) 473-6735번으로 보내십시오. 또는
- 3) **온라인:** 다음에서 온라인 요청서를 작성하여 보내십시오. <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>. 또는
- 4) **우편:** 본 통지서에 작성한 후 사본을 Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201로 보내십시오. 사본은 별도로 보관하십시오.

공청회를 요청합니다. 귀 기관의 결정이 잘못되었으며 그 이유는 다음과 같습니다. \_\_\_\_\_

이름(정자체): \_\_\_\_\_ 케이스 번호 \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

의뢰인 서명: \_\_\_\_\_ 일자: \_\_\_\_\_

**본 통지서 일자로부터 60일 이내에 공청회를 요청하셔야 합니다.** 공청회를 요청하는 경우, 주에서 공청회 시간과 장소를 서면 공지드릴 것입니다. 귀하에게는 법률 고문, 친척, 친구 또는 다른 사람으로부터 변호를 받거나 스스로를 변호할 권리가 있습니다. 공청회에서 귀하의 변호사 또는 기타 대리인은 최초 결정에 따른 조치가 취해져서는 안 되는 이유를 보여주는 서면 또는 구술 증거를 제시하며, 공청회에 참석한 모든 사람에게 질문할 기회가 주어집니다. 또한, 귀하는 귀하의 편에서 이야기할 입회인을 동반할 권리가 있습니다. 본 통지서, 급여 명세서, 영수증, 의료 청구서, 난방비 청구서, 의료 확인서, 서신 등, 케이스 결정 심의에 도움이 될 만한 모든 서류를 공청회에 지참하십시오.

**법률 지원:** 무료 법률 지원이 필요하신 경우, 귀하가 속한 지역의 Legal Aid Society(법률 지원 협회) 또는 기타 법률 옹호 단체에 연락하시면 해당 지원을 받으실 수 있을 것입니다. 가까운 법률 지원 협회나 법률 옹호 단체의 소재는 전화번호부의 "Lawyers(변호사)"란을 참조하시거나 본 통지서의 첫 번째 페이지에 나와 있는 번호로 전화하시면 됩니다.

**정보:** 귀하의 케이스, 공청회 요청 방법, 본인의 파일 검토 방법 또는 서류의 추가 사본 입수 방법에 관해 자세한 정보를 원하시면, 본 통지서의 1페이지 상단에 나와 있는 전화번호로 전화하시거나 본 통지서의 1페이지 상단에 인쇄되어 있는 주소로 서신을 보내주십시오.

**주의:** Medicaid 또는 기타 건강 보험 자격이 없는 19세 미만 아동은 Child Health Plus 보험 플랜에 자격이 있을 수 있습니다. 본 플랜은 아동을 위한 건강 관리 보험을 제공합니다. 자세한 정보는 1-800-698-4543번으로 문의하십시오.