


**УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ ПО ЗАЯВЛЕНИЮ НА ПОКРЫТИЕ ПРОШЛЫХ РАСХОДОВ ПРОГРАММОЙ
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)					
				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 №		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
ОТДЕЛЕНИЕ №		СОТРУДНИК №		НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ СОТРУДНИКА	

По состоянию на _____ Ваше медицинское страховое покрытие утверждено через New York State of Health. Мы приняли решение по Вашему запросу на покрытие медицинских расходов за трехмесячный период, предшествовавший Вашему обращению в New York State of Health. Настоящим сообщаем, что данный Департамент:

ПРИМЕТ заявление на участие в программе Medicaid от _____ и предоставит покрытие за период с _____ по _____ на следующих условиях:

Вся включенная в покрытие помощь и услуги для (имя/имена) _____

С требованием ОПЛАТЫ ИЗ СОБСТВЕННЫХ СРЕДСТВ для (имя/имена) _____

Причина: сумма Вашего чистого дохода (валовой доход, за исключением вычетов Medicaid) _____ 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.

Только амбулаторное медицинское обслуживание: у Вас есть подтвержденные оплаченные или неоплаченные медицинские расходы на сумму _____ долл., равную сумме избыточного дохода за месяц (месяцы) _____. Программа Medicaid оплатит те включенные в покрытие расходы на амбулаторное обслуживание, которые превышают месячную сумму избыточного дохода за указанный месяц (месяцы).

Амбулаторное медицинское обслуживание и стационарное лечение (вся включенная в покрытие программы медицинская помощь и услуги): у Вас есть подтвержденные оплаченные или неоплаченные медицинские расходы на сумму _____ долл. (сумма избыточного дохода за шестимесячный период с _____ по _____). Программа Medicaid оплатит любые дополнительные медицинские расходы, которые включены в покрытие программы и понесены за этот период.

Просим ознакомиться с приложением «Объяснение программы для лиц с избыточным доходом (Excess Income Program)».

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.

Если Вы подали оплаченные счета за медицинские услуги для получения прямого возмещения, мы отдельно уведомим Вас о принятом решении.

ОТКЛОНИТ заявление по программе Medicaid от _____ на имя (имена) _____

Причина:

Вы не соответствуете критериям участия в программе Medicaid, поскольку сумма Вашего чистого дохода (валовой доход, за исключением вычетов Medicaid) _____ 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.

Другое: _____

Данное решение принято на основании раздела 364-i(7) Social Services Law (Закон о социальных службах).

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

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).
- 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 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.

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 выступать 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.

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