

AVISO DE LA DECISIÓN SOBRE SU SOLICITUD DE MEDICAID PARA RECIBIR COBERTURA

| | | | | | |
|--|---------------|------------------------------|--------------------------------|--|-----------------|
| FECHA DEL AVISO | | FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA | | NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/DEL CENTRO O DE LA OFICINA DEL DISTRITO | |
| NÚMERO DE CASO | | | NÚMERO DE CIN | | |
| NOMBRE DEL CASO (y nombre de la persona a quien va dirigida la correspondencia si estuviera presente) Y DIRECCIÓN | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> { </div> | | | | N.º DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____ | |
| | | | | <input type="radio"/> Reunión de la agencia _____ Información y asistencia para la audiencia imparcial _____ Acceso a los registros _____ Información de asistencia legal _____ | |
| N.º DE OFICINA | N.º DE UNIDAD | N.º DE TRABAJADOR | UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR | | N.º DE TELÉFONO |

A partir del _____, su cobertura de atención médica se autoriza a través de New York State of Health. Hemos tomado una decisión con respecto a su solicitud de cobertura para facturas médicas correspondientes al período de tres meses anterior a su solicitud a New York State of Health. Le enviamos este aviso para informarle que este Departamento:

ACEPTARÁ la solicitud de Medicaid con fecha _____, con cobertura para el período desde el _____ hasta el _____ de la siguiente manera:

Toda la atención y los servicios cubiertos para (nombres) _____

Con un requisito de REDUCCIÓN DE GASTOS (SPENDDOWN) para (nombres) _____

Esto se debe a que sus ingresos netos (ingresos brutos menos las deducciones de Medicaid) de \$_____ superan el límite de ingresos permitido por Medicaid de \$_____. El monto que supera el límite se llama exceso de ingresos o reducción de gastos. El monto de su exceso mensual de ingresos es de \$_____.

Atención médica para pacientes ambulatorios solamente: usted ha verificado gastos médicos pagos o impagos que equivalen a \$_____, el exceso de ingresos para los meses de _____. El Programa Medicaid pagará aquellos gastos de atención ambulatoria cubiertos que excedan la reducción de gastos mensual para los meses indicados.

Atención médica para pacientes ambulatorios y para pacientes hospitalizados (todo tipo de atención y servicios cubiertos): usted ha verificado gastos médicos pagos o impagos que equivalen a \$_____ (exceso de ingresos para el período de seis meses desde _____ hasta _____). El Programa Medicaid pagará todos los gastos médicos cubiertos adicionales en los que se incurrieron durante este período.

Lea el documento adjunto "Explanation of the Excess Income Program" (Explicación del Programa de Exceso de Ingresos).

Si presentó facturas médicas pagadas para recibir un reembolso directo, se le notificará nuestra decisión por separado.

DENEGARÁ la solicitud de Medicaid con fecha _____ para (nombres) _____ porque:

Usted no es elegible para recibir Medicaid porque sus ingresos netos (ingresos brutos menos las deducciones de Medicaid) de _____ superan el límite de ingresos permitido por Medicaid de \$_____. El monto que supera el límite se llama exceso de ingresos o reducción de gastos. El monto de su exceso mensual de ingresos es de \$_____. No hemos recibido documentación de que usted tenga gastos médicos pagos o impagos no cubiertos por el seguro que sean iguales o superiores a su monto de exceso de ingresos.

Otro: _____

Esta decisión se basa en la Sección 364-i(7) de la Social Services Law (Ley de Servicios Sociales).

Hemos adjuntado una hoja de trabajo con el presupuesto para que usted pueda ver cómo determinamos la elegibilidad para recibir los beneficios.

LOS REGLAMENTOS REQUIEREN QUE USTED NOTIFIQUE DE INMEDIATO A ESTE DEPARTAMENTO CUALQUIER CAMBIO EN SUS NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, ARREGLOS DE VIVIENDA O DIRECCIÓN.

**USTED TIENE DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTE AVISO PARA SABER CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

DERECHO A UNA REUNIÓN: Usted puede tener una reunión para revisar estas medidas. Si desea una reunión, debe solicitar una lo más pronto posible. En la reunión, si descubrimos que hemos tomado la decisión equivocada o si, debido a la información que usted proporcione, decidimos cambiar nuestra decisión, tomaremos medidas correctivas y le daremos un nuevo aviso. Usted puede solicitar una reunión. Para hacerlo, puede llamarnos al número que aparece en la primera página de este aviso o enviarnos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de este aviso. Este número solo se utiliza para solicitar una reunión. ***Esta no es la forma en que se solicita una audiencia imparcial.*** Si solicita una reunión, aún tiene derecho a una audiencia imparcial. Si desea que sus beneficios continúen sin cambios (ayuda continua) hasta que obtenga una decisión de la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de la manera en que se describe a continuación. Lea a continuación la información acerca de la audiencia imparcial.

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y A COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarlo a prepararse para la audiencia, tiene derecho a ver el expediente de su caso. Si nos llama o escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de su expediente, las que le daremos al oficial de la audiencia en la audiencia imparcial. Además, si nos llama o escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted considere necesarios a fin de prepararse para su audiencia imparcial. Si nos llama o escribe, también pondremos a su disposición, sin costo alguno, los materiales de política específicos necesarios para que usted decida si desea solicitar una audiencia imparcial o para prepararse para la audiencia. Los materiales de política que pueden estar disponibles para usted incluyen documentos como: Directivas administrativas, mensajes del sistema de información general, cartas informativas, partes de la guía de referencia de Medicaid, boletines actualizados del Departamento de Salud sobre Medicaid y memorandos del comisionado local. Para solicitar documentos de política específicos o para informarse sobre cómo ver su expediente, comuníquese con nosotros al número de teléfono de acceso a los registros que aparece en la parte superior del frente de este aviso o escríbanos a la dirección impresa en la parte superior del frente de este aviso. Si desea copias gratuitas de materiales de política específicos o de los documentos del expediente de su caso, pídalas con anticipación. Estas se le proporcionarán dentro de un tiempo razonable, antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán por correo solo si específicamente lo solicita.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted cree que la decisión anterior es incorrecta, puede solicitar una audiencia imparcial del Estado a través de cualquiera de los siguientes medios:

- 1) **Teléfono:** puede llamar al número telefónico estatal gratuito: 800-342-3334 (DEBE TENER ESTE AVISO CON USTED CUANDO LLAME) O
- 2) **Fax:** envíe una copia de este aviso al número de fax (518) 473-6735;
- 3) **En línea:** complete y envíe el formulario de solicitud en línea en: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>;
- 4) **Por escrito:** envíe una copia de este aviso **completada** a Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conserve una copia para usted.

Deseo una audiencia imparcial. La medida que tomó la Agencia no es la correcta debido a lo siguiente: _____

Nombre en letra de molde: _____ Número de caso _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará un aviso en el que figurará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene derecho a que lo represente un abogado, un pariente, un amigo u otra persona, o puede representarse usted mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia por escrito y de forma oral para demostrar por qué no debe tomarse la medida, así como la oportunidad de interrogar a cualquier persona que comparezca en la audiencia. Además, usted tiene derecho a presentar testigos que declaren en su favor. Debe llevar a la audiencia cualquier documento, como este aviso, recibos de pago de salario, recibos, facturas médicas, facturas por servicios de calefacción, documentos de verificación médica, cartas, etc., que puedan ser útiles en la presentación de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtener dicha asistencia al comunicarse con su Legal Aid Society (Sociedad de Ayuda Legal) local o con algún otro grupo de defensa legal. Puede localizar la Legal Aid Society más cercana o la asociación de defensoría legal en las Yellow Pages (Páginas Amarillas), en "Lawyers" (Abogados), o puede llamar al número indicado en la primera página de este aviso.

INFORMACIÓN: Si desea obtener más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo ver su expediente o cómo obtener copias adicionales de los documentos, llámenos a los números de teléfono indicados en la parte superior de la página 1 de este aviso o escríbanos a la dirección impresa en la parte superior de la página 1 de este aviso.

ATENCIÓN: Los niños menores de 19 años que no son elegibles para recibir Medicaid u otro seguro de salud pueden ser elegibles para el plan del seguro de salud Child Health Plus para niños. El plan proporciona seguro de atención médica para niños. Para obtener información, llame al 1-800-698-4543.