

**AVI KONSÈNAN DESIZYON SOU APLIKASYON MEDICAID OU A
(Akseptasyon Avantaj Pwogram Planing Familyal la)**

AVI DAT LA:		NON AK ADRÈS AJANS/SANT OSWA BIWO DISTRI		
NIMEWO DOSYE A	NIMEWO CIN/RIM			
NON DOSYE (Ak Non C/O si Genyen) AK ADRÈS				
NIMEWO TELEFÒN JENERAL POU POU KESYON OSWA ÈD _____ ----- OSWA Ajans Konferans _____ Enfòmasyon sou Odyans san Patipri ak Asistans _____ Aksè nan Dosye _____ Enfòmasyon sou Asistans Legal _____				
NIMEWO BIWO	NIMEWO INITE	NIMEWO TRAVAYÈ SOSYAL	NON INITE OSWA NON TRAVAYÈ SOSYAL	NIMEWO TELEFÒN

Nou te akseptè aplikasyon ou ki fèt nan dat _____ pou Pwogram Avantaj Planing Familyal kòmanse _____ pou:

(Non) _____ Nimewo ID Kliyan _____

(Non) _____ Nimewo ID Kliyan _____

(Non) _____ Nimewo ID Kliyan _____

Sa a se paske revni nèt ou ki se \$ _____ revni sou oswa anba \$ _____ ki se limit revni pou Pwogram Avantaj Planing Familyal la.

Sa vle di Medicaid ap peye pou sèvis planing familyal sèlman. Sèvis planing familyal yo se sèvis ki kapab ede anpeche oswa redwi gwosès moun pa te planifye. Pake sèvis Planing Familyal la gen sèten medikaman preskripsyon ak medikaman ki pa preskripsyon, pwodwi medikal, esterelizasyon, transpò ak konsèy medikal.

Si ou pa vle sèvis planing fanmilyal pou tèt ou oswa pou nenpòt lòt moun ou aplike pou li, se pou travayè sosyal ou konn sa.

Nou te evalye si ou kalifye pou Medicaid. Moun sa yo pa elijib pou Medicaid.

(Non) _____ Nimewo ID Kliyan _____

(Non) _____ Nimewo ID Kliyan _____

Sa a se paske revni brit ou \$ _____ plis pase \$ _____ ki se limit revni Medicaid revni pou moun ki poko gen 19 an. moun / koup san timoun epi ki gen ant 21 ak 65 ane, moun ant 19 ak 20 ane k ap viv pou kont yo ak paran yon timoun ki poko gen laj 21 lane.

(Non) _____ Nimewo ID Kliyan _____

(Non) _____ Nimewo ID Kliyan _____

Sa a se paske revni brit ou a \$ _____ se sou \$ _____ ki se admisib Medicaid la limit revni pou moun ki poko gen laj 19 an.

(Non) _____ ID Kliyan # _____

(Non) _____ Nimewo ID Kliyan _____

Sa a se paske revni brit de \$ _____ se plis pase \$ _____ ki se admisib Medicaid revni limit pou moun ant 19 ak 20 ane ki gen laj k ap viv ak yon paran oswa fanmi k ap okipe fanmi.

Ou pa kalifye pou Medicaid ak yon montan limit paske revni brit ou \$ _____ depase limit admisib Medicaid \$ _____. Montan ki depase limit lan rele revni eksedan oswa montan limit. Montan revni eksedan chak mwa ou se \$ _____. Nou pa te resevwa dokiman ki endike ou te fè oswa pa t fè depans medikal ki pa garanti nan asirans epi ki egal a oswa ki pi plis pase kantite lajan revni eksedan ou a.

Si ou gen bòdwo medikal nan montan revni anplis ou oswa si revni ou bese, ou kapab re-aplike.

Tanpri li "Eksplikasyon Pwogram Revni Eksedan" ak "Pwogram Vèsman ki pa Obligatwa" an ki vini a avi sa a

NAN KÈK SIKONSTANS, PWOGRAM MEDICAID LA P AP KONTE REVNI YO METE NAN YON TWÒS POU BEZWEN AN PLIS. TANPRI LI « EKSPLIKASYON EFÈ FIDISI YO SOU KALIFIKASYON POU MEDICAID ». ENFÒMASYON SA A DISPONIB SOU SITWÈB DEPATMAN SANTE A TOU NAN https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

Nou mete yon feyè bidjè pou ou ka wè kijan nou te detèmine kalifikasyon ou pou avantaj.

Desizyon sa a baze sou Seksyon 366(1)(b) nan Lwa Sèvis Sosyal la.

Si revni w twò wo pou asirans Medicaid, ou ka toujou ka jwenn asirans swen sante.

Moun ak fanmi ki deklare oswa pral taks federal ak revni jiska 400% nan FPL, ki ekivalan a \$ 48,240 pou yon moun ak \$ 98,400 pou yon fanmi kat (4) moun (ki baze sou 2017 FPLs), kapab kalifye pou kredi taks avanse pou ede achte asirans sante nan echanj avantaj sante New York la, NY State of Health. Si revni anyèl nou plis pase 400% FPL la, nou ka toujou achte asirans sante nan NY State of Health.

Si ou bezwen èd pou aplike pou pwoteksyon swen sante nan NY State of Health, asistans disponib. Navigatè ak Konseye Aplikasyon Sètifye yo se moun ki resevwa fòmasyon pou ede ou konprann opsyon sante ou ak enskri nan yon plan. Depatman sèvis sosyal lokal ou a ka ede ou tou avèk aplikasyon ou ak chwa ou yo.

Pou jwenn plis enfòmasyon sou New York State of Health ak pou jwenn Navigatè oswa Konseye Aplikasyon Sètifye nan zòn ou an, tanpri rele 1-855-355-5777 oswa ale nan sit wèb nou an nan <http://www.nystateofhealth.ny.gov/>

RÈGLEMEN YO EGZIJE POU OU FÈ DEPATMAN SA A KONNEN TOUSWIT
NENPÒT CHANJMAN NAN BEZWEN, REVNI, RESOUS, ARANJMAN POU VIV OSWA ADRÈS OU
**OU GEN DWA KONTESTE DESIZYON SA A
ASIRE OU LI PAJ DÈYÈ AVI SA A POU KONNEN KIJAN POU KONTESTE DESIZYON SA A**

DWA POU ALE NAN YON KONFERANS: Ou gen dwa ale nan yon konferans pou evalye aksyon sa yo. Si ou ta vle pou gen yon konferans, ou ta dwe mande youn san pèdi tan. Nan konferans lan, si nou dekouvri nou te pran yon desizyon ki pa kòrèk oswa si, akòz enfòmasyon ou bay yo, nou deside chanje desizyon nou, n ap pran mezi pou korije desizyon an epi ba ou yon lòt avi. Pou mande pou ale an yon konferans, rele nimewo ki paj devan avi sa a oswa depi ou voye yon demann alekri ban nou nan adrès ki endike anlè premye paj avi sa a. Itilize nimewo sa a sèlman pou mande yon konferans. **Se pa konsa ou mande yon odyans san patipri.** Si ou mande yon konferans, ou toujou gen dwa pou yon odyans san patipri. Si ou vle gen avantaj ou yo kontinye san rete (èd kontinye) jiskaske ou jwenn yon desizyon odyans san patipri a, ou dwe mande yon odyans san patipri nan fason ki dekri anba la a. Li pi ba a pou enfòmasyon sou odyans san patipri.

AKSÈ NAN DOSYE AK KOPI DOKIMAN YO: Pou ede ou prepare ou pou odyans lan, ou gen yon dwa pou gade dosye ou yo. Si ou rele nou oswa si ou ekri nou, n ap voye ba ou kopi dokiman dosye ou yo pou gratis, epitou se dokiman sa yo n ap bay ofisye odyans lan nan odyans san patipri a. Epitou, si ou rele oswa si ou ekri nou, n ap ba ou kopi gratis lòt dokiman dosye ou panse ou ka bezwen pou prepare pou odyans san patipri ou. Si ou rele oswa ekri nou, nou pral mete dokiman règleman espesifik disponib ki nesese pou ou deside si w ta dwe mande yon odyans san patipri oswa prepare pou odyans la gratis. Men yon egzanp kèk dokiman règleman ki ka disponib pou ou: Direktiv Administratif, mesaj Sistèm Enfòmasyon Jeneral, Lèt Enfòmèl, pòsyon Gid Referans Medicaid, Bilten enfòmasyon Medicaid Depatman Sante ak Memorandòm Komisè Lokal yo. Pou mande dokiman yo oswa pou konnen kijan pou gade dosye ou, rele nou nan nimewo telefòn Aksè nan Dosye ki endike anlè paj devan avi sa a, oswa ekri nou nan adrès ki enprime anlè paj devan avi sa a. Si ou vle kopi dokiman règleman espesifik oswa dokiman ki nan dosye ou gratis, ou ta dwe mande yo davans. N ap ba ou yo nan yon dèlè rezonab anvan dat odyans lan. N ap voye dokiman yo pou ou pa lapòs sèlman si ou fè yon demann espesyal pou sa.

DWA POU ALE NAN YON ODYANS SAN PATIPRI: Si ou kwè aksyon anwo a pa kòrèk, ou ka mande yon Odyans san Patipri devan Eta a:

- 1) Telefòn:** Ou ka rele nimewo telefòn gratis pou tout eta a: 800-342-3334 (TANPRI METE AVI SA A TOUPRE OU NAN MOMAN W AP RELE A) **OSWA**
- 2) Faks:** Voye yon kopi avi sa a nan nimewo faks (518) 473-6735; **OSWA**
- 3) Sou Entènèt:** Ranpli fòm demann lan sou entènèt epi voye li nan sitwèb: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **OSWA**
- 4) Ekri:** Voye yon kopi avi sa a **ranpli**, bay Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Tanpri kenbe yon kopi pou ou.

Mwen vle yon odyans san patipri. Desizyon Ajans la pa kòrèk paske: _____

Ekri non an lèt detache: _____ Nimewo Dosye a _____

Adrès: _____ Telefòn: _____

Siyati Kliyan an: _____ Dat la: _____

OU GEN 60 JOU APRE DAT OU RESEVWA AVI SA A POU MANDE YON ODYANS SAN PATIPRI. Si ou mande yon odyans san patipri, Eta ap voye yon avi ba ou pou fè ou konnen lè ak kote odyans lan ap fèt. Ou gen dwa pou fè yon avoka, yon manm fanmi, yon zanmi oswa yon lòt moun reprezante ou. Ou ka reprezante tèt ou tou. Nan odyans lan, avoka ou oswa lòt reprezantan ou ap jwenn opòtinite pou prezante prèv alekri ak prèv aloral pou montre pou kisa nou pa ta dwe pran desizyon an. L ap jwenn opòtinite tou pou kesyone nenpòt moun ki prezante nan odyans lan. Epitou, ou gen dwa pou vini avèk temwen ki pou pale anfavè ou. Ou ta dwe pote nenpòt dokiman tankou avi sa a, souch chèk, resi, bòdwo medikal, bòdwo chofaj, verifikasyon medikal, lèt, elatriye ki kapab itil nan prezantasyon dosye ou.

ÈD JURIDIK: Si ou bezwen èd jiridik gratis, ou ka gen posiblite pou jwenn èd la si ou kontakte Sosyete Èd Jiridik (Legal Aid Society) zòn ou oswa lòt gwoup avoka. Ou ka chèche Sosyete Èd Jiridik oswa gwoup avoka depi ou tcheke Paj Jòn anba "Lawyers" (avoka) oswa depi ou rele nimewo ki endike anwo premye paj avi sa a.

ENFÒMASYON: Si ou vle jwenn enfòmasyon sou dosye ou, enfòmasyon sou fason pou mande yon odyans san patipri, oswa enfòmasyon sou fason pou resevwa lòt kopi dokiman yo, rele nou nan nimewo telefòn ki anlè paj 1 avi sa a, oswa ekri nou nan adrès ki enprime anlè paj 1 avi sa a.

ATANSYON: Timoun ki poko gen 19 lane ki pa kalifye pou Medicaid oswa lòt asirans medikal ka kalifye pou plan asirans Child Health Plus pou timoun. Plan an bay asirans swen sante pou timoun. Rele 1-800-698-4543 pou jwenn enfòmasyon.