

**AVISO DE LA DECISIÓN SOBRE SU SOLICITUD DE MEDICAID
(Exceso de ingresos/recursos)**

FECHA DEL AVISO:		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				
		N.º DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O 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

Este Departamento ha tomado una decisión con respecto a su elegibilidad para recibir la cobertura de Medicaid según el EXCESS INCOME/RESOURCES PROGRAM (PROGRAMA PARA EXCESO DE INGRESOS/RECURSOS).

Los INGRESOS totales mensuales brutos son de \$ _____. Las deducciones totales mensuales son de \$ _____. La diferencia entre estos son los ingresos mensuales netos. Estos son de \$ _____. Los ingresos estándares permitidos para un hogar familiar de su tamaño son de \$ _____. La diferencia entre los ingresos mensuales netos y este estándar (\$ _____) es el monto de exceso de ingresos o la reducción de gastos mensual (*spenddown*). El exceso de ingresos durante seis meses es de \$ _____. Los recursos totales son de _____. El nivel admisible es _____. La diferencia, _____, es el exceso de recursos. La determinación del exceso de recursos incluye información recibida por computadora que concuerda con las instituciones bancarias. Si cree que el monto de exceso de recursos es incorrecto, debe comunicarse con la agencia de inmediato, antes de los 30 días contados desde la fecha de este aviso.

SEGÚN LOS CÁLCULOS QUE APARECEN ARRIBA, ESTE DEPARTAMENTO HARÁ LO SIGUIENTE:

ACEPTARÁ la solicitud con fecha _____ para (nombres) _____ con un requisito de REDUCCIÓN DE GASTOS para:

Atención médica para pacientes ambulatorios solamente: usted ha verificado gastos médicos pagos o impagos que equivalen a \$ _____, el exceso de ingresos o de recursos para los meses de _____. El Programa de Medicaid pagará aquellos gastos de atención ambulatoria cubiertos que excedan la reducción de gastos mensual para los meses indicados. Los solicitantes mencionados arriba pueden ser elegibles para recibir los beneficios de Medicaid, de atención y servicios ambulatorios, durante cualquier mes, si envían a este Departamento las facturas o los recibos por gastos médicos que equivalen al monto de reducción de gastos de ingresos mensuales mencionado arriba o si pagan un monto equivalente al monto de reducción de gastos mensual directamente al Departamento.

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 recursos o de ingresos para el período de seis meses desde _____ hasta _____). El Programa de Medicaid pagará todos los gastos médicos cubiertos adicionales en los que se incurrieron durante este período.

Usted ha verificado gastos médicos pagos o impagos que equivalen al monto de su exceso de recursos. Usted anticipa que alcanza el monto de exceso de ingresos mensualmente o cada seis meses. Cuando se hayan enviado las facturas o los recibos médicos al Departamento por el monto apropiado, las personas elegibles recibirán la cobertura correspondiente de Medicaid.

DENEGARÁ la solicitud con fecha _____ para (nombres) _____.

Usted indicó en esta solicitud que el solicitante no tiene facturas médicas impagas ni facturas médicas pagas de servicios recibidos dentro de los tres meses anteriores al mes de la solicitud (que equivalgan o excedan el exceso de recursos o la reducción de gastos mensual) y que el solicitante anticipa no haber incurrido en gastos por este monto. Si esta situación cambia, o si cambia el valor de sus recursos, usted podrá volver a hacer la solicitud.

No hemos recibido documentación de que usted haya gastado el exceso de sus recursos estableciendo ni agregándolos a un Contrato/Fondo por entierro.

Esta decisión se basa en 18 NYCRR 360-4.8 y en la Sección 366.2(b) de la Social Services Law (Ley de Servicios Sociales). Las hojas de cálculo de presupuesto adjuntas explican estos cálculos.

LEA LAS EXPLICACIONES ADJUNTAS DE LOS PROGRAMAS PARA EXCESO DE RECURSOS O DE INGRESOS. SI LA SOLICITUD FUE ACEPTADA Y LAS PERSONAS ELEGIBLES AÚN NO TIENEN TARJETAS VÁLIDAS DE IDENTIFICACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA Y TIENEN DERECHO A RECIBIR UNA, ESTA SERÁ ENVIADA EN UN PLAZO DE 15 DÍAS.

EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, EL PROGRAMA DE MEDICAID NO CUENTA LOS INGRESOS QUE SE PONEN EN UN FIDEICOMISO DE NECESIDADES SUPLEMENTARIAS. LEA EL DOCUMENTO ADJUNTO DE "EXPLICACIÓN DEL EFECTO DEL FIDEICOMISO EN LA ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID" (EXPLANATION OF THE EFFECT OF TRUSTS ON MEDICAID ELIGIBILITY). ESTA INFORMACIÓN TAMBIÉN ESTÁ DISPONIBLE EN EL SITIO WEB DEL DEPARTAMENTO:
https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

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.