

**УВЕДОМЛЕНИЕ О НАМЕРЕНИИ ИЗМЕНИТЬ СУММУ ВЗНОСА  
В СЧЕТ СТОИМОСТИ УСЛУГ УХОДА В СВЯЗИ С ХРОНИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ**

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	
				<b>ИЛИ</b> Собеседование в учреждении _____ Информация об объективном разбирательстве и помощь _____ Доступ к материалам _____ Информация о юридической помощи _____	
ОФИС №	ОТДЕЛЕНИЕ №	СОТРУДНИК №	НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	

Настоящим уведомляем, что данный Департамент произвел перерасчет суммы необходимого взноса в счет стоимости услуг ухода для указанного выше лица следующим образом:

<b>Предыдущий расчет</b>		<b>ДОХОД</b>		<b>Новый расчет</b>	
С _____	по _____	С _____	по _____	С _____	по _____
Валовой месячный доход	_____ долл.	Валовой месячный доход	_____ долл.	Валовой месячный доход	_____ долл.
Вычеты	- _____	Вычеты	- _____	Вычеты	- _____
Чистый месячный доход	_____ долл.	Чистый месячный доход	_____ долл.	Чистый месячный доход	_____ долл.
Норма дохода на содержание (сумма на личные нужды / уровень МА)	- _____	Норма дохода на содержание (сумма на личные нужды)	- _____	Норма дохода на содержание (сумма на личные нужды)	- _____
Выплаты в пользу супруга (-и), проживающего (-ей) дома, на содержание членов семьи или в пользу находящихся на иждивении членов домохозяйства	- _____	Выплаты в пользу супруга (-и), проживающего (-ей) дома, на содержание членов семьи или в пользу находящихся на иждивении членов домохозяйства	- _____	Выплаты в пользу супруга (-и), проживающего (-ей) дома, на содержание членов семьи или в пользу находящихся на иждивении членов домохозяйства	- _____
Стоимость медицинских/реабилитационных услуг	- _____	Стоимость медицинских/реабилитационных услуг	- _____	Стоимость медицинских/реабилитационных услуг	- _____
Доступный остаток месячного дохода	= _____	Доступный остаток месячного дохода	= _____	Доступный остаток месячного дохода	= _____
Взнос от супруга (-и)	+ _____	Взнос от супруга (-и)	+ _____	Взнос от супруга (-и)	+ _____
Взнос из дохода в месяц, итого	_____ долл.	Взнос из дохода в месяц, итого	_____ долл.	Взнос из дохода в месяц, итого	_____ долл.
Подлежит оплате на имя: _____			Подлежит оплате на имя: _____		

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Сумма Вашего ежемесячного взноса из дохода рассчитана исходя из прогноза ожидаемого дохода. В случае изменения Вашего дохода или обстоятельств будет произведена корректировка.

<b>Предыдущий расчет</b>		<b>РЕСУРСЫ</b>		<b>Новый расчет</b>	
Учитываемые ресурсы	_____ долл.	Учитываемые ресурсы	_____ долл.	Учитываемые ресурсы	_____ долл.
Уровень по программе Medical Assistance	- _____	Уровень по программе Medical Assistance	- _____	Уровень по программе Medical Assistance	- _____
Избыточные ресурсы	= _____	Избыточные ресурсы	= _____	Избыточные ресурсы	= _____

На основании этих расчетов сумма необходимого ежемесячного взноса из дохода в счет стоимости услуг ухода:

- УВЕЛИЧИТСЯ с \_\_\_\_\_ долл. до \_\_\_\_\_ долл.  
 УМЕНЬШИТСЯ с \_\_\_\_\_ долл. до \_\_\_\_\_ долл.

ОСТАНЕТСЯ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ: Ваша сумма ежемесячного взноса из дохода останется равной \_\_\_\_\_ долл.

В дополнение к взносу из дохода сумма избыточных ресурсов \_\_\_\_\_ долл. должна быть внесена в счет стоимости услуг ухода за месяц \_\_\_\_\_. Данное изменение вступает в силу с \_\_\_\_\_ и принято в результате:

При определении избыточных ресурсов используется также информация, полученная с помощью компьютерной сверки данных банковских учреждений. Если Вы считаете, что сумма избыточных ресурсов вычислена неправильно, незамедлительно свяжитесь с учреждением в течение 30 дней с даты настоящего уведомления.

Данные расчеты объясняются в прилагаемой таблице расчета бюджета.

Данное решение принято на основании положений 18 NYCRR 360-4.9, 360-4.3(f) и 360-4.10 (Свод законов и правил штата Нью-Йорк), а также раздела 366 Social Services Law (Закон о социальных службах).

**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**

Приложение

Копия: \_\_\_\_\_

**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.

**ПРОДОЛЖЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ.** Если Вы подаете запрос на проведение объективного разбирательства до даты вступления в силу, указанной в этом уведомлении, Вы будете получать льготы без изменений до вынесения решения по результатам объективного разбирательства. Однако если решение по результатам объективного разбирательства будет вынесено не в Вашу пользу, мы можем потребовать возмещения любых льгот в рамках программы Medicaid, которые Вы не должны были получать. Если Вы хотите избежать такой возможности, поставьте галочку возле приведенного ниже заявления, в котором указывается, что Вы отказываетесь от продолжения выплаты пособия, и отправьте эту страницу вместе со своим заявлением о проведении объективного разбирательства. Если Вы поставите отметку возле этого заявления, описанное выше действие будет принято в указанную выше дату вступления в силу.

Я соглашаюсь на принятие описанных в этом уведомлении мер в отношении моих льгот Medicaid до вынесения решения по результатам объективного разбирательства.

**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.