

AVISO DE INTENCIÓN DE SUSPENDER/CAMBIAR LA COBERTURA DE MEDICAID

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					
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

El propósito del presente es informarle que este Departamento pretende tomar las medidas indicadas en su caso de Medicaid:

CAMBIO

Nosotros aumentaremos disminuirémos el monto que el grupo familiar con Medicaid debe gastar o usar en gastos médicos todos los meses para recibir cobertura de Medicaid, según los siguientes cálculos:

Ingresos brutos mensuales	\$ _____
Deducciones totales	\$ _____
Saldo	\$ _____
Ingresos estándares permitidos	\$ _____
Nuevo exceso mensual de ingresos	\$ _____
Nuevo exceso de ingresos (seis meses)	\$ _____
El monto del exceso mensual de ingresos anterior era de	\$ _____
El monto del exceso de ingresos anterior correspondiente a seis meses era de	\$ _____

Cambiaremos la manera en que calculamos la reducción de gastos de Medicaid del siguiente modo:

Ingresos brutos mensuales	\$ _____
Deducciones totales	\$ _____
Saldo	\$ _____
Ingresos estándares permitidos	\$ _____
Exceso de ingresos (mensual)	\$ _____
Exceso de ingresos (seis meses)	\$ _____

Estos cálculos **no** dan como resultado ningún cambio en el monto que debe gastar o usar en gastos médicos cada mes a fin de recibir cobertura de asistencia médica para las personas elegibles.

Este cambio entrará en vigencia el _____ y se realiza como resultado de:

Cambio en los ingresos de la siguiente manera: _____

Otro tipo de cambio (no financiero) en las circunstancias: _____

Lea la explicación adjunta del EXCESS INCOME PROGRAM (PROGRAMA DE EXCESO DE INGRESOS)/OPTIONAL PAY-IN PROGRAM (PROGRAMA DE CONTRIBUCIONES OPCIONALES).

EN ALGUNAS CIRCUMSTANCIAS, 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.

SUSPENDEREMOS la cobertura de Medicaid para (nombres) _____ a partir del _____ porque: _____

Las leyes o los reglamentos que nos permiten hacer esto son _____.

En caso de que alguna de estas medidas se haya tomado debido a circunstancias financieras, hemos adjuntado hojas 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 escribanos 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, pídaslas 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.

CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS: Si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada en vigencia mencionada en este aviso, continuará recibiendo sus beneficios sin cambios hasta que se emita la decisión sobre la audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde la audiencia imparcial, podemos recuperar el costo de los beneficios de Medicaid que no debería haber recibido. Si desea evitar esta posibilidad, marque la casilla de abajo para indicar que no desea que la ayuda continúe, y envíe esta página junto con su solicitud de audiencia. Si marca la casilla, la medida descrita anteriormente se tomará en la fecha de entrada en vigencia que figura más arriba.

Acepto que se tome la medida sobre mis beneficios de Medicaid, según se describe en este aviso, antes de la emisión de la decisión sobre la audiencia imparcial.

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 escribanos 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.