

**AVI KONSÈNAN DESIZYON SOU APLIKASYON MEDICAID OU A
PWOTEKSYON LIMITE
(Sanksyon pou Transfè Byen)**

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

Nou aksepte aplikasyon ou ki gen dat _____ pou Medicaid kòmanse pou:

Nou te detèmine nan dat (dat) _____ oumenm/madanm/mari ou te transfere (byen))
_____ ki vo \$ _____. Diferans ant valè sa a ak kantite lajan ou te resevwa toutbon (\$) se
\$ _____. Nou konsidere kantite lajan sa a kòm valè ki pa konpanse.

Paske oumenm / mari oswa madanm ou transfere avantaj sa a (yo) pou mwens pase valè mache a, ou pa kalifye pou kalite swen ak sèvis sa yo:

- sèvis yo bay nan yon mezon retrèt, ki gen ladan ospis ak swen administrè alontèm swen, oswa sant medikal entèmedyè; oswa
- swen mezon retrèt yo bay nan yon lopital

Ou pa kalifye pou swen ki pi wo a ak sèvis pou yon peryòd de _____ mwa (yo) oswa jiskaske (dat) _____. Sa a baze sou kalkil sa yo:

Valè byen ki transfere ki pa konpanse \$ _____
(mwens Egzanpsyon Medicaid, si genyen)

÷

To rejonan chak mwa \$ _____

Peryòd pwoteksyon limite: _____ mwa

- Ou pral gen yon lòt \$ _____ ke ou pral gen pou kontribye nan direksyon depans ou nan swen pou mwa a Sa a se penalite mwa pasyèl la. Sa a se an plis nenpòt kontribisyon revni ou dwe kontribye nan depans swen ou pou mwa sa a.

Menmsi ou pa elijib pou sèten kalite swen ak sèvis poutèt transfè ki pi wo a, ou ka kalifye pou pwoteksyon lòt swen ak sèvis (tankou linèt, aparèy pou tande, doule ak swen nan lopital). Pou ou kapab kalifye pou pwoteksyon sa a, swa: (1) revni ou pa dwe pi gwo pase estanda revni Medicaid ki akseptab la; oswa (2) si revni ou depase estanda revni Medicaid ki akseptab, ou dwe satisfè sèten kondisyon revni anplis. W ap gen pou satisfè yon kondisyon revni eksedan pou sèvis sa yo si gen yon nan Kaz ki anba la a.

REVNI EKSEDAN

Revni total ou pa mwa anvan dediksyon se \$. Dediksyon total ou pa mwa se \$ _____. Diferans ant chif sa yo se revni nèt ou pa mwa. Sa a se \$ _____. Estanda revni akseptab pou yon fanmi pou kantite moun sa a ki ladan se \$ _____. Diferans ki genyen ant kantite lajan ou touche chak mwa ou ak estanda sa a (\$ _____) se depans mansyèl ou oswa montan revni ki depase. Revni ou ki depase pou sis (6) mwa se \$ _____. Tanpri gade fòm ki nan anvlòp la, OHIP-0026, ki eksplike kijan ou kapab satisfè kondisyon revni anplis la ak kijan ou kapab vin kalifye pou pwoteksyon anba PWOGRAM REVNI EKSEDAN AN.

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.

REMAK: Si gen lòt faktè ki afekte pwoteksyon Medicaid ou, n ap mete yon avi apa pou sa.

LI AVI ENFÒMASYON (Eksplikasyon sou Efè Transfè Byen (yo) sou Elijiblite Asistans Medikal POU ENFÒMASYON ENPÒTAN KONNEN TRANSFÈ BYEN.

Desizyon sa a baze sou Règleman 18 NYCRR 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 ak 360-4.8 ak Seksyon 366.5 Lwa Sèvis Sosyal.

*RÈGLEMEN YO EGZIJE POU FÈ DEPATMAN SA A KONNEN TOUSWIT NENPÒT CHANJMAN
NAN BEZWEN OU, NAN REVNI OU, NAN RESOUS OU YO, MÒD VI OU OSWA NAN 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
Dokiman ki nan anvlòp la**

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 nesèsè 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**, bayFair 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 _____

Adrès: _____ Telefòn: _____

Siyati Kliyan: _____ Dat: _____

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 reprezentan 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 JIRIDIK: 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.