

**NOTIFICA DELLA DECISIONE RELATIVA ALLA DOMANDA DI ADESIONE A MEDICAID
COPERTURA LIMITATA
(Penale di trasferimento di beni patrimoniali)**

DATA DI NOTIFICA:		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE		
NUMERO DI PRATICA	NUMERO CIN/RID			
NOME PRATICA (e generalità di chi offre domicilio, se presente) E INDIRIZZO				
		N. TELEFONO GENERALE PER DOMANDE O ASSISTENZA _____		
		OPPURE Incontro con agenzia _____ Informazioni e assistenza per udienza imparziale _____ Accesso agli atti _____ Informazioni sull'assistenza legale _____		
N. UFFICIO	N. UNITÀ	MATR. OPERATORE	NOME UNITÀ O OPERATORE	N. TELEFONO

Abbiamo accettato la sua domanda di adesione datata _____ per Medicaid con copertura limitata a decorrere da _____.

Abbiamo stabilito che in data _____ lei/coniuge ha trasferito (bene/i) _____ del valore di \$ _____. La differenza tra questo valore e l'importo effettivamente ricevuto (\$ _____) è di \$ _____. Questo importo viene considerato pari al **valore non compensato**.

Poiché lei/coniuge ha trasferito questo/i bene/i per un valore minore del valore equo di mercato, **non** è idoneo a ricevere i seguenti tipi di cura e servizi:

- servizi forniti in una casa di cura, comprese strutture per malati terminali e assistenza a lungo termine gestita o strutture di assistenza di livello intermedio; oppure
- assistenza in casa di cura fornita in un ospedale.

Le **non** è idoneo a ricevere l'assistenza e i servizi di cui sopra per un periodo di ____ mese/i o fino a (data) _____. Questa constatazione si basa sui seguenti calcoli:

Valore non compensato dei beni patrimoniali trasferiti (meno esenzione Medicaid, se applicabile) \$ _____
÷
Tariffa regionale mensile \$ _____
Periodo di copertura limitata: _____ (mese/i)

Per lei è inoltre previsto un contributo aggiuntivo di \$ _____ che dovrà versare a copertura dell'assistenza relativa al mese di _____. Si tratta della penale mensile parziale. Si aggiunge al contributo di reddito e/o risorse in eccesso a copertura del costo dell'assistenza per il mese in questione.

Sebbene lei non sia idoneo a ricevere determinati tipi di assistenza e servizi a causa del suddetto trasferimento, potrebbe essere idoneo alla copertura di altri tipi di assistenza e servizi (ad esempio, cure oculistiche, apparecchi acustici, protesi dentarie e cure ospedaliere urgenti). Per essere idoneo a questa copertura: (1) il suo reddito non deve superare il reddito standard Medicaid ammissibile; oppure (2) se il suo reddito supera il reddito standard Medicaid ammissibile, lei deve rispondere a determinati requisiti relativi al reddito in eccesso. Dovrà rispondere a un requisito di reddito per tali servizi se la casella qui sotto è contrassegnata con .

REDDITO IN ECCESSO

Il suo reddito totale lordo mensile è pari a \$ _____. Le sue detrazioni totali mensili sono pari a \$ _____. La differenza tra questi importi costituisce il suo reddito mensile netto. Tale importo è pari a \$ _____. Il reddito standard ammissibile per un nucleo familiare come il suo è di \$ _____. La differenza tra l'importo del suo reddito netto mensile e questo standard (\$ _____) costituisce l'importo del suo "spend-down" o del suo reddito in eccesso mensile. Il suo reddito in eccesso per sei mesi è pari a \$ _____. La preghiamo di leggere il modulo OHIP-0026, in cui viene spiegato come rispondere ai requisiti relativi al reddito in eccesso e diventare idonei alla copertura prevista dall'EXCESS INCOME PROGRAM.

IN DETERMINATE CIRCOSTANZE, IL PROGRAMMA MEDICAID NON PRENDE IN CONSIDERAZIONE IL REDDITO DEPOSITATO SU UN FONDO FIDUCIARIO PER INDIVIDUI CON ESIGENZE SPECIALI (SUPPLEMENTAL NEEDS TRUST). MAGGIORI INFORMAZIONI SU QUESTO ARGOMENTO SONO DISPONIBILI NELL'ALLEGATO "NOTE SULL'EFFETTO DEI FONDI FIDUCIARI SULL'IDONEITÀ MEDICAID" O SUL SITO DEL DIPARTIMENTO DELLA SALUTE (DEPARTMENT OF HEALTH), ALL'INDIRIZZO https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts.

NOTA: se la sua copertura Medicaid è condizionata da altri fattori, è allegata una notifica a parte.

LEGGA LA NOTIFICA ALLEGATA (Spiegazione degli effetti del trasferimento di beni sull'idoneità all'assistenza medica) PER INFORMAZIONI IMPORTANTI SUI TRASFERIMENTI DI BENI.

Questa decisione si basa sulle norme 18 NYCRR 360-4.4, 360-4.5, 360-4.7 e 360-4.8 e sulla Sezione 366.5 della Social Services Law (Legge sui servizi sociali).

LE NORME STABILISCONO CHE VENGA COMUNICATE IMMEDIATAMENTE A QUESTO DIPARTIMENTO LE EVENTUALI MODIFICHE A ESIGENZE, REDDITO, RISORSE, SISTEMAZIONE ABITATIVA O INDIRIZZO

**LEI HA IL DIRITTO DI IMPUGNARE QUESTA DECISIONE
SI ASSICURI DI LEGGERE IL RETRO DI QUESTA NOTIFICA PER INFORMAZIONI SU COME IMPUGNARE LA DECISIONE
Allegato/i**

DIRITTO A UN INCONTRO: può richiedere un incontro per rivedere queste azioni. Se desidera un incontro, dovrà farne richiesta il prima possibile. All'incontro, se riconosciamo di aver preso la decisione errata o se, per le informazioni forniteci, stabiliamo di cambiare la nostra decisione, intraprenderemo un'azione correttiva e gliene daremo comunicazione. Potrà richiedere un incontro chiamandoci al numero riportato nella prima pagina di questa notifica oppure inviandoci una richiesta per iscritto all'indirizzo riportato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Questo numero va usato solo per richiedere un incontro. **Non è la procedura per richiedere un'udienza imparziale.** Richiedendo un incontro ha comunque diritto ad ottenere un'udienza imparziale. Se desidera che i sussidi rimangano invariati (assistenza continua) fino all'esito dell'udienza imparziale, deve richiedere un'udienza imparziale nel modo descritto di seguito. Per le informazioni su come richiedere un'udienza imparziale, legga di seguito.

ACCESSO AL FASCICOLO PERSONALE E ALLE COPIE DEI DOCUMENTI: per aiutarla a prepararsi per l'udienza, ha il diritto di consultare il fascicolo personale del caso. Se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia dei documenti del suo fascicolo che consegneremo al funzionario incaricato dell'udienza. Inoltre, se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia degli altri documenti del suo fascicolo di cui potrebbe aver bisogno per prepararsi all'udienza imparziale. Se ci contatta telefonicamente o per posta, metteremo inoltre gratuitamente a sua disposizione materiali specifici della polizza di cui necessita per decidere se richiedere un'udienza imparziale o per prepararsi all'udienza. I materiali della polizza che potremmo mettere a sua disposizione comprendono il seguente tipo di documenti: direttive amministrative, messaggi del sistema informativo generale, lettere informative, parti della guida di riferimento Medicaid, newsletter di aggiornamento Medicaid del Department of Health e promemoria del sovrintendente locale. Per richiedere materiali specifici della polizza, documenti o per conoscere la procedura di consultazione del fascicolo, ci contatti al numero telefonico "Accesso agli atti" indicato nella parte superiore della prima pagina di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica. Se desidera una copia gratuita dei materiali specifici della polizza o dei documenti del fascicolo personale del caso, dovrà farne richiesta con largo anticipo. Questi le verranno forniti in un tempo ragionevole prima della data fissata per l'udienza. I documenti le saranno spediti per posta soltanto se ne richiede specificamente l'invio.

DIRITTO A UN'UDIENZA IMPARZIALE: se ritiene che l'azione intrapresa sia errata, potrà richiedere un'udienza imparziale di Stato:

- 1) Telefono:** può chiamare il numero verde valido su tutto il territorio dello Stato: 800-342-3334 (TENGA QUESTA NOTIFICA A PORTATA DI MANO AL MOMENTO DELLA CHIAMATA) **OPPURE**
- 2) Fax:** invii una copia di questa notifica al numero di fax (518) 473-6735; **OPPURE**
- 3) Online:** compili e invii il modulo di richiesta online disponibile all'indirizzo: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **OPPURE**
- 4) Per posta:** invii una copia **compilata** di questa notifica al seguente indirizzo: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conservi una copia per riferimento.

Desidero un'udienza imparziale. L'azione intrapresa dall'agenzia è errata perché: _____

Nome in stampatello: _____ Numero pratica _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

Firma del cliente: _____ Data: _____

HA 60 GIORNI DI TEMPO DALLA DATA DI QUESTA NOTIFICA PER RICHIEDERE UN'UDIENZA IMPARZIALE: se richiede un'udienza imparziale, lo Stato le invierà una notifica contenente la data e l'ora dell'udienza. Ha il diritto di essere rappresentato/a da un consulente legale, un parente, un amico/a o un'altra persona, oppure di rappresentarsi da solo/a. All'udienza lei, il suo legale o altro rappresentante avrà l'opportunità di presentare prove documentali e orali con cui dimostrare i motivi per cui l'azione non andrebbe intrapresa, nonché l'opportunità di rivolgere domande a chiunque sia chiamato in udienza. Ha inoltre il diritto di presentare testimoni per deporre a suo favore. All'udienza dovrà portare ogni documento che possa essere utile alla presentazione del suo caso, come la presente notifica, buste paga, ricevute, fatture sanitarie, spese di riscaldamento, accertamenti medici, lettere ecc.

ASSISTENZA LEGALE: se ha bisogno di assistenza legale gratuita, potrà ottenerla contattando la Legal Aid Society (Società per il patrocinio legale gratuito) locale o altro ente di patrocinio legale gratuito. Può trovare l'ufficio Legal Aid Society o l'ente di patrocinio legale più vicino cercando nelle Pagine Gialle alla voce "Lawyers" oppure chiamando il numero indicato nella prima pagina di questa notifica.

INFORMAZIONI: se desidera ulteriori informazioni sul suo caso, sulle modalità per richiedere un'udienza imparziale, consultare il fascicolo personale oppure ottenere ulteriori copie di documenti, ci chiami ai numeri di telefono riportati nella parte superiore della prima pagina di questa notifica o ci scriva all'indirizzo riportato sempre nella parte superiore della prima pagina di questa notifica.

ATTENZIONE: i minori di 19 anni d'età che non hanno diritto a iscriversi a Medicaid o ad altri programmi di assicurazione sanitaria potrebbero avere diritto a iscriversi al programma di assicurazione sanitaria Child Health Plus. Questo piano fornisce assistenza sanitaria per minori. Per informazioni, chiami il numero 1-800-698-4543.