

**AVISO DE INTENCIÓN DE CAMBIAR LA COBERTURA DE MEDICAID
(Nuevo caso de exceso/ajuste por costo de vida [COLA])**

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/RID		
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 _____	
				O 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

NUESTROS REGISTROS INDICAN QUE RECIBIRÁ UN AUMENTO EN LOS BENEFICIOS DEL SOCIAL SECURITY A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 20____.

DEBIDO A ESTE AUMENTO, HEMOS DETERMINADO QUE A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 20____ YA NO SERÁ ELEGIBLE PARA RECIBIR COBERTURA TOTAL DE MEDICAID DEBIDO A QUE TIENE MÁS INGRESOS QUE LOS QUE PERMITE MEDICAID PARA UNA FAMILIA DEL TAMAÑO DE LA SUYA. SIN EMBARGO, PUEDE RECIBIR COBERTURA DE MEDICAID EN CUALQUIER MES EN EL QUE TENGA GASTOS MÉDICOS QUE REDUZCAN SUS INGRESOS AL NIVEL DE MEDICAID O PAGÁNDOLE DIRECTAMENTE AL DEPARTAMENTO UN MONTO EQUIVALENTE AL MONTO DEL EXCESO MENSUAL.

Calculamos que sus ingresos mensuales totales son de \$ _____. Calculamos que sus deducciones mensuales totales son de \$ _____. Por lo tanto, sus ingresos mensuales netos para los propósitos de Medicaid es la diferencia, o \$ _____. (Consulte a continuación para ver una lista de las deducciones más comunes).

En su caso, calculamos que sus ingresos mensuales netos están \$ _____ por encima del nivel de Medicaid. Este es el monto de su exceso mensual de ingresos (reducción de gastos).

Usted puede recibir cobertura de Medicaid en cualquier mes en el que sus facturas médicas (ya sean pagas o impagas) sean iguales o superiores a este monto de exceso de ingresos. También puede pagar el monto de exceso de ingresos a este departamento en cualquier mes en que necesite cobertura de atención ambulatoria. Revise la información adjunta "Explanation of the Excess Income Program" (Explicación del Programa de Exceso de Ingresos), "Optional Pay-In Program" (Programa de Contribuciones Opcionales) y "Explanation of the Resource Documentation Requirements for Medicaid" (Explicación de los requisitos de documentación sobre recursos para Medicaid).

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.

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON NUESTRA DETERMINACIÓN O CON NUESTROS CÁLCULOS, PUEDE PEDIR UNA REUNIÓN O SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL DE LA MANERA EN QUE SE EXPLICA AL DORSO DE ESTA PÁGINA.

LAS LEYES O LOS REGLAMENTOS QUE NOS PERMITEN HACER ESTO SON 18 NYCRR 360-2.3, 2.6 Y 4.8.

INFORMACIÓN SOBRE LAS DEDUCCIONES

Al calcular sus ingresos mensuales netos de Medicaid, hacemos algunas deducciones. Las más comunes son las siguientes:

- 1) deducción de \$20.00 por persona o pareja si usted es de la tercera edad, tiene ceguera o una discapacidad;
- 2) el monto mensual de las primas de su seguro de salud (como Blue Cross/Blue Shield y Medicare).

Si desea obtener información sobre las deducciones que se usan en su caso o sobre otras deducciones, comuníquese con nosotros.

IMPORTANTE

Si perdió beneficios del SSI (Supplemental Security Income) [Seguridad de Ingreso Suplementario] desde 1977 debido a un aumento en el costo de vida del Social Security, aún puede ser elegible para recibir cobertura total. Comuníquese con nosotros de inmediato o solicite una audiencia imparcial

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, pídaselas 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 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.