

**NOTIFICA DELL'INTENZIONE DI MODIFICARE LA COPERTURA MEDICAID
(Undercare Excess/COLA Case)**

DATA DI NOTIFICA:		DATA DI DECORRENZA:		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

DAI DATI IN NOSTRO POSSESSO RISULTA CHE LEI RICEVERÀ MAGGIORI INDENNITÀ DI PREVIDENZA SOCIALE A PARTIRE DAL 1° GENNAIO 20__.

In seguito a tale aumento nei sussidi di previdenza sociale, il suo attuale importo di reddito in eccesso di \$ _____ al mese è stato modificato in \$ _____ al mese a partire dal 1° gennaio 20___. Potrà ricevere la copertura Medicaid in qualsiasi mese in cui presenterà spese mediche che abbassano il suo reddito al livello Medicaid o versando un importo uguale all'importo mensile in eccesso direttamente al dipartimento.

In base ai nostri calcoli il suo reddito totale mensile è pari a \$ _____. In base ai nostri calcoli le sue detrazioni totali mensili sono pari a \$ _____. Pertanto, il suo reddito netto mensile ai fini di Medicaid è costituito dalla differenza, ossia da \$ _____ (consulti qui sotto l'elenco delle detrazioni più comuni).

Nel suo caso, in base ai nostri calcoli il suo reddito netto mensile è pari a \$ _____ rispetto al livello Medicaid. Costituisce l'importo del suo reddito mensile in surplus.

Lei può ricevere la copertura Medicaid in qualsiasi mese in cui le sue spese mediche (sostenute o non sostenute) sono uguali o superiori a tale importo in eccesso. È inoltre possibile che lei debba versare l'importo relativo al reddito in eccesso al dipartimento per ogni mese in cui necessita di una copertura per assistenza ambulatoriale. La preghiamo di esaminare le informazioni allegate "Explanation of the Excess Income Program", "Optional Pay-In Program" e "Explanation of the Resource Documentation Requirements for Medicaid".

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.

SE LEI NON È D'ACCORDO CON LE NOSTRE DETERMINAZIONI O I NOSTRI CALCOLI, PUÒ RICHIEDERE UN INCONTRO O UNA UDIENZA IMPARZIALE NELLE MODALITÀ SPIEGATE SUL RETRO DI QUESTA PAGINA.

LE LEGGI E/O LE NORME CHE CI CONFERISCONO QUESTO POTERE SONO 18 NYCRR 360-2.3, 2.6 e 4.8.

INFORMAZIONI SULLE DETRAZIONI

Nel calcolare il suo reddito netto mensile per Medicaid applichiamo alcune detrazioni. Le detrazioni più comuni riguardano:

- 1) detrazione di \$ 20,00 per singolo soggetto o coppia, per anziani, non vedenti o disabili.
- 2) importo mensile dei suoi premi di assicurazione sanitaria (quali Blue Cross/Blue Shield e Medicare).

Se desidera ricevere informazioni sulle detrazioni utilizzate nella sua pratica o altre detrazioni, la preghiamo di contattarci.

IMPORTANTE

Se non riceve più i sussidi di previdenza sociale (SSI) dal 1977 in seguito a un aumento della previdenza sociale legata al costo della vita, può ancora essere idoneo alla copertura completa. La preghiamo di contattarci immediatamente per richiedere di un'udienza imparziale.

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**

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.

CONTINUAZIONE DEI SUSSIDI: se richiede un'udienza imparziale prima della decorrenza indicata nella presente notifica, continuerà a ricevere i sussidi fino all'emissione della decisione dell'udienza imparziale. Tuttavia, in caso di decisione a lei sfavorevole dopo l'udienza imparziale, potremmo recuperare il costo di eventuali sussidi Medicaid che lei non ha ricevuto. Se preferisce evitare questa evenienza, contrassegni la casella qui sotto per indicare che non desidera la continuazione dell'assistenza e invii questa pagina insieme alla richiesta di udienza. Se sceglie di contrassegnare la casella, l'azione sopra descritta verrà intrapresa alla decorrenza indicata sopra.

Accetto che l'azione venga intrapresa riguardo ai miei sussidi Medicaid, come descritto nella presente notifica, prima dell'emissione della decisione dell'udienza imparziale.

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.