

**УВЕДОМЛЕНИЕ О НАМЕРЕНИИ ИЗМЕНИТЬ СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ MEDICAID  
(Случай избыточного дохода / корректировки прожиточного минимума с  
недостаточным обслуживанием)**

ДАТА УВЕДОМЛЕНИЯ:	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:	НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ/ЦЕНТРА ИЛИ РАЙОННОГО ОФИСА		
НОМЕР ДЕЛА		НОМЕР CIN/RID		
ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА (и имя адресата, если есть)				
		ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ОБРАЩЕНИЙ С ВОПРОСАМИ ИЛИ ЗА ПОМОЩЬЮ _____		
		<b>ИЛИ</b> Собеседование в учреждении _____		
		Информация и помощь с объективным разбирательством _____		
		Доступ к материалам _____		
Информация о юридической помощи _____				
ОФИС №	ОТДЕЛЕНИЕ №	СОТРУДНИК №	НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

СОГЛАСНО ИМЕЮЩИМСЯ У НАС ДАННЫМ, ВЫ БУДЕТЕ ПОЛУЧАТЬ ПОВЫШЕННОЕ ПОСОБИЕ SOCIAL SECURITY С 1 ЯНВАРЯ 20\_\_\_\_ г.

В связи с этим повышением Вашего пособия Social Security Ваша текущая сумма избыточного дохода \_\_\_\_\_ долл. в месяц изменена на \_\_\_\_\_ долл. в месяц с 1 января 20\_\_\_\_ г. Вы можете получить покрытие Medicaid в любом месяце, в котором Вы понесли медицинские расходы, сократившие Ваш доход до разрешенного в программе Medicaid уровня. Кроме того, для получения покрытия за месяц Вы можете заплатить сумму месячного избыточного дохода непосредственно департаменту.

По нашим расчетам, Ваш общий месячный доход составляет \_\_\_\_\_ долл. По нашим расчетам, общая сумма Ваших вычетов за месяц составляет \_\_\_\_\_ долл. Следовательно, Ваш чистый месячный доход для целей Medicaid — это разница между этими суммами, а именно \_\_\_\_\_ долл. (Ниже приведен список наиболее распространенных вычетов.)

В Вашем случае мы рассчитали, что Ваш чистый месячный доход превышает уровень Medicaid на \_\_\_\_\_ долл. Это Ваша месячная сумма избыточного дохода.

Вы можете получить покрытие Medicaid в любом месяце, за который у Вас есть медицинские счета (оплаченные или неоплаченные) на сумму, равную этой сумме избыточного дохода или превышающую ее. Вы также можете оплатить в пользу департамента сумму Вашего избыточного дохода за любой месяц, в котором Вам требуется покрытие расходов на амбулаторное обслуживание. Ознакомьтесь с приложениями «Объяснение программы для лиц с избыточным доходом (Excess Income Program)», «Программа внесения средств по желанию (Optional Pay-In)» и «Объяснение требований к документации для подтверждения ресурсов в рамках программы Medicaid».

**В НЕКОТОРЫХ СЛУЧАЯХ В ПРОГРАММЕ MEDICAID НЕ УЧИТЫВАЕТСЯ ДОХОД, НАПРАВЛЯЕМЫЙ В ФОНДЫ ПОДДЕРЖКИ ЛИЦ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРИЛОЖЕНИЕМ «ВЛИЯНИЕ ФОНДОВ НА ВОЗМОЖНОСТЬ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ MEDICAID». ЭТИ РАЗЪЯСНЕНИЯ ТАКЖЕ ДОСТУПНЫ НА САЙТЕ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: [https://health.ny.gov/health\\_care/medicaid/index.htm#trusts](https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts).**

ЕСЛИ ВЫ НЕ СОГЛАСНЫ С НАШИМ РЕШЕНИЕМ ИЛИ РАСЧЕТАМИ, ВЫ МОЖЕТЕ ПОДАТЬ ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ ИЛИ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА ТАК, КАК ОПИСАНО НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ.

ДАННОЕ РЕШЕНИЕ ПРИНЯТО НА ОСНОВАНИИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАКОНОВ И (ИЛИ) НОРМАТИВНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ: 18 NYCRR 360-2.3, 2.6 и 4.8 (СВОД ЗАКОНОВ И ПРАВИЛ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК).

**ИНФОРМАЦИЯ О ВЫЧЕТАХ**

При расчете Вашего чистого месячного дохода в рамках программы Medicaid мы делаем определенные вычеты. Наиболее распространенные вычеты:

- 1) вычет 20,00 долл. на человека или пару для пожилых лиц, слепых или лиц с инвалидностью;
- 2) месячная сумма Ваших взносов на медицинское страхование (например, Blue Cross/Blue Shield и Medicare).

Если Вы хотите получить информацию о вычетах, примененных в Вашем случае, или о других вычетах, свяжитесь с нами.

**ВНИМАНИЕ!**

Если Вы утратили пособие SSI после 1977 года в связи с повышением прожиточного минимума по программам Social Security, Вы все равно можете иметь право на полное покрытие. Как можно скорее свяжитесь с нами или подайте запрос на проведение объективного разбирательства.

*НОРМАТИВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕБУЮТ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО УВЕДОМЛЯТЬ ДАННЫЙ ДЕПАРТАМЕНТ О ЛЮБЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОТРЕБНОСТЕЙ, ДОХОДА, РЕСУРСОВ, ЖИЛИЩНЫХ УСЛОВИЙ ИЛИ АДРЕСА*

**ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ  
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНФОРМАЦИЕЙ НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ, ЧТОБЫ  
УЗНАТЬ, КАК ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ**

**ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ.** Вы имеете право на собеседование для пересмотра вынесенных решений. Если вы хотите провести собеседование, вы должны обратиться с соответствующим заявлением в кратчайшие сроки. Если на собеседовании будет установлено, что принятое решение неверно, или если решение будет изменено на основании представленной вами информации, будут приняты корректирующие меры и вам будет вручено другое уведомление. Чтобы подать запрос на проведение собеседования, позвоните нам по номеру, указанному на первой странице этого уведомления, или отправьте письменный запрос по адресу, указанному в верхней части первой страницы данного уведомления. Этот номер используется только для подачи заявлений о проведении собеседования. **Для подачи заявления о проведении объективного разбирательства предусмотрен другой порядок.** Если вы обратитесь с заявлением о проведении собеседования, вы не утратите право на объективное разбирательство. Если Вы хотите, чтобы до вынесения решения по результатам объективного разбирательства Ваши льготы оставались без изменений (выплаты пособия продолжались), Вы должны подать заявление о проведении объективного разбирательства так, как описано ниже. Информацию об объективном разбирательстве см. ниже.

**ДОСТУП К МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ:** В процессе подготовки к разбирательству вам предоставляется право ознакомиться с материалами дела. Если вы позвоните или напишете нам, вам будут бесплатно предоставлены копии документов из вашего дела, которые будут переданы сотруднику, проводящему объективное разбирательство. Кроме того, если вы позвоните или напишете нам, мы бесплатно вышлем вам копии других документов из вашего дела, которые, по вашему мнению, могут потребоваться для подготовки к объективному разбирательству. Если Вы позвоните или напишете нам, мы также бесплатно предоставим Вам конкретные регулятивные материалы, необходимые Вам, чтобы решить, следует ли запросить проведение объективного разбирательства, или чтобы подготовиться к разбирательству. Регулятивные материалы, которые могут быть Вам предоставлены, включают, к примеру, такие документы: административные директивы, сообщения общей информационной системы, информационные письма, части справочника Medicaid, новостные рассылки Department of Health касательно Medicaid и меморандумы руководителя местной службы. Чтобы запросить конкретные регулятивные материалы или документы либо узнать, как ознакомиться со своим делом, позвоните по номеру телефона, указанному в графе «Доступ к материалам» в верхней части лицевой стороны настоящего уведомления, или напишите по адресу, указанному в верхней части лицевой стороны настоящего уведомления. Если Вам нужны бесплатные копии конкретных регулятивных материалов или документов из Вашего дела, заранее обратитесь с просьбой предоставить их. Они будут переданы Вам в разумный срок до даты разбирательства. Документы будут отправлены вам по почте только в том случае, если вы специально попросите об этом.

**ПРАВО НА ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО.** Если, по вашему мнению, указанное решение является неверным, вы можете обратиться с заявлением о проведении объективного разбирательства на уровне штата. Для этого воспользуйтесь одним из указанных ниже способов.

- 1) Телефон:** Вы можете позвонить по бесплатному номеру, действующему на территории штата: 800-342-3334 (ВО ВРЕМЯ ЗВОНКА ДЕРЖИТЕ ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ПОД РУКОЙ).
- 2) Факс:** отправьте копию настоящего уведомления по факсу на номер (518) 473-6735.
- 3) Интернет:** заполните и отправьте форму запроса онлайн по адресу <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>.
- 4) Почта:** отправьте **заполненную** копию данного уведомления по адресу Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Сохраните копию настоящего уведомления.

Я хочу, чтобы было проведено объективное разбирательство. Решение учреждения является неверным по следующим причинам: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия печатными буквами: \_\_\_\_\_ Номер дела \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Подпись клиента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**ВЫ МОЖЕТЕ ОБРАТИТЬСЯ С ЗАЯВЛЕНИЕМ О ПРОВЕДЕНИИ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА В ТЕЧЕНИЕ 60 ДНЕЙ С ДАТЫ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ.** Если Вы обратитесь с заявлением о проведении объективного разбирательства, органы власти штата вышлют Вам уведомление о времени и месте проведения такого разбирательства. Вы имеете право на представление ваших интересов юристом, родственником, знакомым или иным лицом либо можете выступать самостоятельно. В ходе разбирательства вы, ваш адвокат или другой представитель будут иметь возможность представить письменные и устные доказательства причин, по которым данное решение не должно быть вынесено, а также возможность опросить любых лиц, присутствующих на разбирательстве. Вы также имеете право вызвать свидетелей, которые выступят в поддержку ваших аргументов. Принесите на разбирательство все имеющиеся у вас документы, которые могут помочь в представлении вашего дела, например: настоящее уведомление, корешки чеков, квитанции, счета на оплату медицинских услуг, счета за отопление, медицинские справки, письма и т. д.

**ПРОДОЛЖЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ.** Если Вы подадите запрос на проведение объективного разбирательства до даты вступления в силу, указанной в этом уведомлении, Вы будете получать льготы без изменений до вынесения решения по результатам объективного разбирательства. Однако если решение по результатам объективного разбирательства будет вынесено не в Вашу пользу, мы можем потребовать возмещения любых льгот в рамках программы Medicaid, которые Вы не должны были получать. Если Вы хотите избежать такой возможности, поставьте галочку возле приведенного ниже заявления, в котором указывается, что Вы отказываетесь от продолжения выплаты пособия, и отправьте эту страницу вместе со своим заявлением о проведении объективного разбирательства. Если Вы поставите отметку возле этого заявления, описанное выше действие будет принято в указанную выше дату вступления в силу.

Я соглашаюсь на принятие описанных в этом уведомлении мер в отношении моих льгот Medicaid до вынесения решения по результатам объективного разбирательства.

**ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ.** Если вам нужна бесплатная юридическая помощь, вы можете обратиться в местное общество Legal Aid Society (Общество юридической помощи) или в другую общественную группу юридической поддержки. Контактная информация ближайшего Общества юридической помощи или общественной группы юридической поддержки приведена в разделе «Адвокаты» (Lawyers) телефонного справочника Yellow Pages. Кроме того, вы можете позвонить по телефону, указанному на первой странице данного уведомления.

**ИНФОРМАЦИЯ.** Для получения более подробной информации о Вашем деле, о том, как подать заявление о проведении объективного разбирательства, как ознакомиться со своим делом или как получить дополнительные копии документов, позвоните по номерам телефонов или напишите по адресу, указанным в верхней части первой страницы настоящего уведомления.

**ВНИМАНИЕ!** Дети в возрасте до 19 лет, не соответствующие критериям участия в программе Medicaid или другой программе медицинского страхования, могут иметь право на участие в программе медицинского страхования для детей Child Health Plus. Эта программа обеспечивает медицинское страхование для детей. Для получения информации позвоните по номеру 1-800-698-4543.