



# STATE OF NEW YORK DEPARTMENT OF HEALTH

Corning Tower The Governor Nelson A. Rockefeller Empire State Plaza Albany, New York 12237

Antonia C. Novello, M.D., M.P.H., Dr.P.H.  
*Commissioner*

Dennis P. Whalen  
*Executive Deputy Commissioner*

November 19, 2002

TO: All MBL Liaisons

Re: MBL Transmittal 02-4

Dear MBL Liaisons:

Enclosed is MBL Transmittal 02-4. This transmittal includes information regarding the new eligibility and federal poverty levels along with Notice information which are effective January 1, 2003.

These changes are available on Production on 12/02/02. If you have any system questions, please call the contact listed on the applicable Transmittal Page.

Sincerely,

**PB**

Patti Buttino  
Health Program Administrator II  
Division of Information Technology  
Office of Medicaid Management

cc: MA Directors

**MBL TRANSMITTAL**

**Date:** November 19, 2002

**Transmittal No.:** 02-4

**MaBel Subject:** Changes in MA Levels, Federal Poverty Levels, SSI Benefit Levels, Congregate Care Levels, and MMMNA.

**Affected Budget Type(s):** All

**Contact Person:** MBL Unit at 518-474-2502 or 518-473-7439

Reason for Change

On 01/01/2003, the annual increase in MA levels, Federal Poverty levels, SSI levels, and Congregate Care levels will occur.

Change in Procedure/System Processing

Effective 11/26/02 for all budgets with a "FROM" Date of 01/01/03 or later, MBL will use the following amounts in calculating budgets:

1. MA INCOME EXEMPTION/RESOURCE LEVELS
  - MA INCOME EXEMPTION LEVELS

Household Size

MA Level	1	2	3	4	5	6	7	8	Each Add'L Person
Income	\$642.00	\$934.00	\$942.00	\$950.00	\$992.00	\$1,134.00	\$1,275.00	\$1,417.00	+142.00
Resources	3,850	5,600	5,650	5,700	5,950	6,800	7,650	8,500	+850

The income and resource levels for household sizes 5 thru 8 will remain the same.

2. SSI BENEFIT LEVELS

In the calculation of SSI budgets, the following amounts will be used:

Federal Benefit Rate: Individual: \$552.00  
 Couple: \$829.00  
 Allocation Amount/PNA=3: \$292.00  
 SSI Resource Level: Individual: \$2,000.00 (same as 2002)  
 Couple: \$3,000.00 (same as 2002)  
 State Supplemental Rate: Individual: \$23.00 (same as 2002)

3. NEW CONGREGATE CARE AMOUNTS/SHELTER TYPES:

15 – Level I - (NYC, Nassau, Suffolk, Westchester, Rockland)  
 PNA - \$106.00 Shelter Amount - \$712.48  
 16 – Level II - (NYC, Nassau, Suffolk, Westchester, Rockland)  
 PNA - \$124.00 Shelter Amount - \$863.00  
 28 – Level I - (Rest of State)  
 PNA - \$106.00 Shelter Amount - \$674.48  
 29 – Level II - (Rest of State)  
 PNA - \$124.00 Shelter Amount - \$833.00

**MBL TRANSMITTAL**

**Date:** November 19, 2002

**Transmittal No.:** 02-4

**Page:** 2 of 4

**MaBel Subject:** Changes in MA Levels, Federal Poverty Levels, SSI Benefit Levels, Congregate Care Levels, and MMMNA.

**Affected Budget Type(s):** All

**Contact Person:** MBL Unit at 518-474-2502 or 518-473-7439

Change in Procedure/System Processing (Continued)

4. MINIMUM MONTHLY MAINTENANCE NEEDS ALLOWANCE

Needs Allowance (MMMNA) - \$2,267.00

5. FEDERAL POVERTY LEVELS

Household Size	1	2	3	4	5	6	7	8	Add'L Person
100%	\$753	\$1,015	\$1,276	\$1,538	\$1,800	\$2,061	\$2,323	\$2,585	+262
120%	\$903	\$1,217							+314
133%	\$1,001	\$1,349	\$1,697	\$2,045	\$2,393	\$2,741	\$3,089	\$3,437	+349
135%	\$1,016	\$1,370							+354
150%	\$1,129	\$1,522	\$1,914	\$2,307	\$2,699	\$3,092	\$3,484	\$3,877	+393
175%	\$1,317	\$1,775							+458
185%	\$1,393	\$1,877	\$2,361	\$2,845	\$3,329	\$3,813	\$4,297	\$4,781	+485
200%	\$1,505	\$2,029	\$2,552	\$3,075	\$3,599	\$4,122	\$4,645	\$5,169	+524

**MBL TRANSMITTAL**

**Date:** November 19, 2002

**Transmittal No.:** 02-4

**Page:** 3 of 4

**MaBel Subject:** Changes in MA Levels, Federal Poverty Levels, SSI Benefit Levels, Congregate Care Levels, and MMMNA.

**Affected Budget Type(s):** All

**Contact Person:** Local District Liaison at 518-474-8216

Notices:

Due to Federal legislation that provides for a 1.4% Cost of Living Adjustment (COLA) increase for SSA benefits, revised MA-Only manual & CNS notices are available. The revised notices are:

Manual

- DSS-4374 Notice of Intent to Change Medical Assistance (New Excess/COLA)

This notice should be used when the Recipient is no longer fully eligible for Medical Assistance due to an increase in the Social Security benefit. The Recipient(s) may be eligible with a spenddown of income if medical expenses equal or exceed the excess income amount.

- DSS-4375 Notice of Intent to Change Medical Assistance (Undercare Excess/COLA Case)

This notice should be used when the Recipient's current excess income amount has changed to another excess income amount due to an increase in the Social Security benefit.

Enclosed are the manual notices in English and Spanish. For LDSS that do not use CNS notices S07 and S08, these notices must be reproduced locally without modification. The appropriate notice must be mailed no later than 10 days prior to the date of action. Two copies of the appropriate notice must be sent to the client. In addition, a copy must be maintained in the case record. A copy of the budget or MBL printout must be sent with each notice.

Please Note: If the LDSS would like to continue to receive these manual notices in the future, please notify your local district liaison. If the LDSS are not interested, the manual notices will not be enclosed with this transmittal, in the future.

**MBL TRANSMITTAL**

**Date:** November 19, 2002

**Transmittal No.:** 02-4

**Page:** 4 of 4

**MaBel Subject:** Changes in MA Levels, Federal Poverty Levels, SSI Benefit Levels, Congregate Care Levels, and MMMNA.

**Affected Budget Type(s):** All

**Contact Person: CNS Unit at 518-402-6663**

CNS Notices (Community budget types only)

The appropriate notices must be generated no later than 10 days prior to the date of the action. As always, a copy of the Supervisory Review Report should be retained in the case record.

Transaction Types 05 & 06

S07 – MA Level to Excess Income Due to COLA (X0025) (fill)

S08 – Increase in Excess Income Due to COLA (X0026) (fill)

X77 – Decrease in Excess Income Due to COLA (X0180) (fill)

CNS Notice (Chronic Care Budget types)

The appropriate recalculation of Contribution toward Chronic Care codes can be used (V40-V51)

Reminder: The Excess Income program is a monthly program. The effective date on the notice is generated from the MA Coverage FROM date (screen 5)

Transaction Type 07

U72 – Disc., Excess Income COLA, Single/Childless Couple (C0136) (fill)

NOTE: The above CNS reason codes are worker fill and require a (current) stored budget to produce a notice.

**(NEW EXCESS/COLA CASE)  
NOTICE OF INTENT TO CHANGE MEDICAL ASSISTANCE**

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE:	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN/RID NUMBER			
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> </div>				GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____ ----- OR Agency Conference _____ Fair Hearing information and assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance information _____
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.

OUR RECORDS SHOW THAT YOU WILL BE RECEIVING INCREASED SOCIAL SECURITY BENEFITS AS OF JANUARY 1, 2003.

DUE TO THIS INCREASE, WE HAVE DETERMINED THAT AS OF JANUARY 1, 2003 YOU ARE NO LONGER ELIGIBLE FOR FULL MEDICAID COVERAGE BECAUSE YOU HAVE MORE INCOME THAN MEDICAID ALLOWS FOR A FAMILY OF YOUR SIZE. HOWEVER, YOU CAN RECEIVE MEDICAID COVERAGE IN ANY MONTH IN WHICH YOU HAVE MEDICAL EXPENSES THAT REDUCE YOUR INCOME TO THE MEDICAID LEVEL.

We calculate your total monthly income as \$ \_\_\_\_\_. We calculate your total monthly deductions as \$ \_\_\_\_\_. Thus, your monthly net income for Medicaid purposes is the difference, or \$ \_\_\_\_\_. (See below for list of the most common deductions.)

In your case, we calculate your monthly net income as \$ \_\_\_\_\_ over the New York Medicaid level. This is your monthly surplus income amount.

You can receive Medicaid coverage in any month in which your medical bills equal or exceed this surplus amount. If you have bills (whether paid or unpaid) equal to or greater than your surplus, the enclosed information will explain your surplus income coverage.

IF YOU DISAGREE WITH OUR DETERMINATION OR CALCULATIONS, YOU MAY ASK FOR A CONFERENCE OR REQUEST A FAIR HEARING IN THE WAY EXPLAINED ON THE REVERSE SIDE OF THIS PAGE.

THE LAW(S) AND/OR REGULATION(S) WHICH ALLOW US TO DO THIS ARE 18 NYCRR 360-2.3 AND 2.6.

**INFORMATION ABOUT DEDUCTIONS**

We make certain deductions in calculating your monthly Medicaid net income. The most common ones are:

- 1) \$20.00 deduction per individual or couple if you are aged, blind or disabled.
- 2) the monthly amount of your health insurance premiums (such as Blue Cross/Blue Shield and Medicare).

If you wish information on the deductions used in your case or other deductions, contact us.

**IMPORTANT**

If you lost SSI benefits since 1977 due to a Social Security cost-of-living increase, you may be still eligible for full coverage. Please contact us immediately or request a fair hearing.

**ATTENTION:** Persons receiving Medical Assistance may be eligible for a discount on their telephone service. For information on LIFELINE, call Verizon, toll free, at 1-800-555-5000.

REGULATIONS REQUIRE THAT YOU IMMEDIATELY NOTIFY THIS DEPARTMENT OF ANY CHANGES IN NEEDS,  
INCOME, RESOURCES, LIVING ARRANGEMENTS OR ADDRESS

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION  
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

### 2003 COLA INCREASE - MA

**RIGHT TO A CONFERENCE:** You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made the wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the first page of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. ***It is not the way you request a fair hearing.*** If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continued unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Read below for fair hearing information.

**RIGHT TO A FAIR HEARING:** These changes in your Medical Assistance coverage are based on a change in federal law. You have a right to have a fair hearing if you think we made a mistake in applying this law to you or made a mistake in calculating your excess income. You do not have a right to a fair hearing just because you think the change in law is unfair. The hearing officer at the hearing may decide that you do not have the right to a hearing or a continuation of Medical Assistance benefits unchanged if the only issue at the hearing is the change in law requiring the change in your excess income. You may request a State fair hearing by:

**(1) Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL)

**If you live in:** New York City (Manhattan, Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island): (212) 417-6550

**If you live in:** Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans or Wyoming County: (716) 852-4868

**If you live in:** Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne or Yates County: (716) 266-4868

**If you live in:** Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins or Tioga County: (315) 422-4868

**If you live in:** Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Sullivan, Ulster, Warren, Washington or Westchester County: (518) 474-8781

**If you live in:** Nassau or Suffolk County: (516) 739-4868

**OR**

**(2) Writing:** By sending a copy of this notice **completed**, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

I want a fair hearing. The Agency's action is wrong because:

\_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

Signature of Client: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING**

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, paystubs, receipts, medical bills, heating bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

**CONTINUING YOUR BENEFITS:** If you request a fair hearing before the effective date stated in this notice, you will continue to receive your benefits unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, we may recover the cost of any Medical Assistance benefits that you should not have received. If you want to avoid this possibility, check the box below to indicate that you do not want your aid continued, and send this page along with your hearing request. If you do check the box, the action described above will be taken on the effective date listed above.

I agree to have the action taken on my Medical Assistance benefits, as described in this notice, prior to the issuance of the fair hearing decision.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the front of this notice.

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file which we will give to the hearing officer at the fair hearing. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you think you may need to prepare for your fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of the front of this notice or write us at the address printed at the top of the front of this notice.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a fair hearing, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call us at the telephone numbers listed at the top of the front of this notice or write to us at the address printed at the top of the front of this notice.

**(NUEVO EXCESO/CASO DE COLA)  
NOTIFICACION ACERCA DEL INTENTO DE CAMBIAR  
LOS BENEFICIOS DE LA ASISTENCIA MEDICA**

FECHA DEL AVISO:		FECHA EN VIGOR:		NOMBRE Y DIRECCION DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO	
NUMERO DE CASO		NUMERO CIN/RID			
NOMBRE DE CASO (y Nombre del C/O Si Esta Presente) Y DIRECCION					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 2em;">{</span> </div>				NO. DE TELEFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____	
				-----	
				O para Conferencia con la Agencia _____	
				Información y asistencia sobre Audiencia Imparcial _____	
				Acceso a Archivos/Récords _____	
		Información sobre Asistencia Legal _____			
OFICINA NO.	UNIDAD NO.	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) O DE LA UNIDAD		NO. DE TELEFONO

NUESTROS RECORDS INDICAN QUE USTED RECIBIRA UN AUMENTO EN EL BENEFICIO DEL SEGURO SOCIAL A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2003.

DEBIDO A ESTE AUMENTO, HEMOS DETERMINADO QUE A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2003, USTED YA NO SERA ELEGIBLE PARA LA COBERTURA COMPLETA DEL MEDICAID DEBIDO A QUE USTED TIENE MAS INGRESOS DE LOS QUE EL MEDICAID PERMITE PARA UNA FAMILIA DE SU TAMAÑO. SIN EMBARGO, USTED PUEDE RECIBIR COBERTURA DEL MEDICAID EN CUALQUIER MES EN EL QUE USTED TENGA GASTOS MEDICOS QUE REDUZCAN SU INGRESO AL NIVEL PERMITIDO POR EL MEDICAID.

Nosotros calculamos el total de su ingreso mensual bruto en \$ \_\_\_\_\_. Calculamos que sus deducciones mensuales totales son \$ \_\_\_\_\_. Por lo tanto, su ingreso mensual neto para propósitos del Medicaid es la diferencia, o \$ \_\_\_\_\_. (Vea abajo la lista de las deducciones más comunes.)

En su caso, nosotros calculamos que su ingreso mensual neto de \$ \_\_\_\_\_ excede el nivel del Medicaid en el Estado de Nueva York. Esta es la cantidad de su ingreso excesivo mensual.

Usted puede recibir cobertura del Medicaid en cualquier mes en el que sus facturas médicas igualan o exceden esta cantidad excesiva. Si usted tiene facturas (ya sea pagadas o sin pagar) que igualan o son mayores que su exceso, la información adjunta le explicará la cobertura de su ingreso excesivo.

SI USTED NO ESTA DE ACUERDO CON NUESTRA DETERMINACION O CALCULOS, USTED PUEDE PEDIR UNA CONFERENCIA O SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL DE LA MANERA QUE SE EXPLICA EN EL REVERSO DE ESTA PAGINA.

LAS LEYES Y/O LAS REGULACIONES QUE NOS PERMITEN HACER ESTO SON LA 18 NYCRR 360-2.3 Y 2.6.

**INFORMACION SOBRE DEDUCCIONES**

Nosotros aplicamos ciertas deducciones al calcular su ingreso mensual neto del Medicaid. Las deducciones más comunes son:

- 1) \$20.00 por individuo o por pareja si usted es un envejeciente, ciego(a) o incapacitado(a).
- 2) Una deducción de la cantidad mensual de las primas de su seguro de salud (tales como Blue Cross/Blue Shield y Medicare).

Si usted desea información sobre las deducciones aplicadas a su caso u otras deducciones, póngase en contacto con nosotros.

**IMPORTANTE**

Si usted perdió los beneficios del SSI desde 1977 debido a un aumento en el Seguro Social correspondiente al incremento del costo de vida, puede ser que usted todavía sea elegible para la cobertura completa. Por favor póngase en contacto con nosotros inmediatamente o solicite una audiencia imparcial.

**ATENCIÓN:** Las personas que reciben Asistencia Médica pueden tener derecho a un descuento en su tarifa telefónica. Para informarse sobre LIFELINE, llame a la Compañía de Bell Atlantic, gratis, al 1-800-555-5000.

LAS REGULACIONES VIGENTES EXIGEN QUE USTED NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO SOBRE CUALESQUIER CAMBIOS EN NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, ARREGLOS DE VIVIENDA O DIRECCION  
**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION. CERCIORESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

**DERECHO A UNA CONFERENCIA:** Usted puede pedir una conferencia para revisar estas acciones. Si usted desea una conferencia, usted deberá pedir una a lo más pronto posible. Si durante la conferencia, nosotros descubrimos que tomamos una decisión errónea o si, debido a la información que usted provea, nosotros determinamos cambiar nuestra decisión, nosotros tomaremos acción correctiva y le proporcionaremos una nueva notificación. Usted podrá solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección anotada en la parte superior de la primera página de esta notificación. Ese número se lo utiliza sólo para pedir una conferencia. **Esa no es la manera de solicitar una audiencia imparcial.** Si usted pide una conferencia usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios no cambien (o que continúe recibiendo ayuda) hasta que usted obtenga una decisión de la audiencia imparcial, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente **no** resultará en la continuación de beneficios. Lea abajo para información sobre audiencias imparciales.

**DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** Estos cambios en su cobertura de Asistencia Médica están basados en un cambio de la ley federal. Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial si usted cree que cometimos un error al aplicar esta ley a su situación o si cometimos un error al calcular su ingreso excesivo. Usted no tiene derecho a una audiencia imparcial simplemente debido a que usted cree que el cambio en la ley es injusto. El funcionario de la audiencia puede que decida durante la audiencia que usted no tiene el derecho a una audiencia o a la continuación de beneficios de la Asistencia Médica sin cambio alguno si el único asunto en la audiencia es el cambio de la ley requiriendo el cambio en su ingreso excesivo. Usted puede solicitar una audiencia imparcial del Estado antes del:

**(1) Llamando por teléfono: (POR FAVOR TENGA ESTA NOTIFICACION A MANO CUANDO LLAME)**

**Si usted vive en:** La Ciudad de Nueva York (Manhattan, Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island) (212) 417-6550.

**Si usted vive en:** El Condado de Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans o Wyoming: (716) 852-4868

**Si usted vive en:** El Condado de Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne o Yates: (716) 266-4868

**Si usted vive en:** El Condado de Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins o Tioga: (315) 422-4868

**Si usted vive en:** El Condado de Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Sullivan, Ulster, Warren, Washington o Westchester: (518) 474-8781

**Si usted vive en:** El Condado de Nassau o Suffolk: (516) 739-4868

**O**

**(2) Escribiendo:** Enviando una copia de esta notificación debidamente completada a la Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Por favor, guarde una copia para usted.

Deseo una audiencia imparcial. La acción de la Agencia es errónea porque:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**USTED TIENE 60 DIAS DESDE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACION PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**

Si usted solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole acerca de la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado, un familiar, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). Durante la audiencia usted, su abogado u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral para demostrar la razón por la cual la acción no debe ser llevada a cabo, así como también tendrá la oportunidad de interrogar a cualquier persona que aparezca en la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debe traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talonarios de pagos salariales, recibos, cuentas médicas, cuentas de calefacción, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

**CONTINUACION DE SUS BENEFICIOS:** Si usted pide una audiencia imparcial antes de la fecha indicada en este aviso para que esta acción entre en vigor, usted continuará recibiendo sus beneficios como siempre hasta que se dé a conocer una decisión de la audiencia imparcial a menos que en la audiencia, el funcionario de la audiencia determine que de lo único que usted se está quejando es el cambio en la ley. No obstante, si usted pierde la audiencia imparcial, nosotros pudiéramos recobrar los beneficios de la Asistencia Médica. Si usted quiere evitar esta posibilidad, puede marcar la casilla de abajo para indicar que usted **no** desea continuar recibiendo ayuda y enviar esta página junto con su petición de una audiencia. Si usted marca la casilla, la acción descrita arriba será adoptada en la fecha efectiva que se indica en la primera página de esta notificación.

Accedo a que la acción tomada respecto a mis beneficios de Asistencia Médica se lleve a cabo, como se describe en este aviso, antes de darse a conocer una decisión de la audiencia imparcial.

**ASISTENCIA LEGAL:** Si usted necesita asistencia legal gratis, usted puede que obtenga tal ayuda contactando a la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o a un grupo de abogacía más cercano, buscando en las Páginas Amarillas bajo "Abogados" ("Lawyers"), o llamando al número que se indica en la primera página de esta notificación.

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de examinar el archivo de su caso. Si usted nos llama por teléfono o nos escribe una carta, nosotros le proveeremos copias gratis de los documentos de su archivo los que entregaremos al funcionario de audiencias en la audiencia imparcial. Así mismo, si usted nos llama por teléfono o nos escribe una carta, le proveeremos copias gratis de otros documentos de su archivo que usted considere necesarios para prepararse para su audiencia imparcial. Para solicitar los documentos o para averiguar cómo examinar su archivo, llámenos al número de teléfono para Acceso a Récorde indicado al comienzo de la página 1 de esta notificación o escribanos a la dirección impresa al principio de la página 1 de esta notificación.

Si desea copias de los documentos en el archivo de su caso, debe pedirlos con anticipación. Serán disponibles para usted dentro de un periodo de tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Documentos serán enviado a usted, tan solo si usted lo específico así.

**INFORMACIÓN:** Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo examinar su archivo o cómo conseguir más copias de documentos, llámenos a los números de teléfono indicados al comienzo de la página 1 de esta notificación o escribanos una carta a la dirección impresa al comienzo de la página 1 de esta notificación.

(UNDERCARE EXCESS/COLA CASE)

**NOTICE OF INTENT TO CHANGE MEDICAL ASSISTANCE**

NOTICE DATE:		EFFECTIVE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE	
CASE NUMBER			CIN/RID NUMBER		
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 2em;">[</span> </div>				GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP	
				-----	
				OR Agency Conference	
				Fair Hearing information and assistance	
Record Access					
Legal Assistance information					
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.	

OUR RECORDS SHOW THAT YOU WILL BE RECEIVING INCREASED SOCIAL SECURITY BENEFITS AS OF JANUARY 1, 2003.

Due to this increase in your Social Security benefit, your current excess income amount of \$\_\_\_\_\_ per month has been changed to \$\_\_\_\_\_ per month effective January 1, 2003. This means that you may be eligible for Medicaid benefits in any month in which you have medical expenses at or greater than the new excess income amount set forth below.

We calculate your total monthly income as \$\_\_\_\_\_. We calculate your total monthly deductions as \$\_\_\_\_\_. Thus, your monthly net income for Medicaid purposes is the difference, or \$\_\_\_\_\_ (See below for list of the most common deductions.)

In your case, we calculate your monthly net income as \$\_\_\_\_\_ over the New York Medicaid level.

This is your monthly surplus income amount.

You can receive Medicaid coverage in any month in which your medical bills equal or exceed this surplus amount. If you have bills (whether paid or unpaid) equal to or greater than your surplus, the enclosed information will explain your surplus income coverage.

IF YOU DISAGREE WITH OUR DETERMINATION OR CALCULATIONS, YOU MAY ASK FOR A CONFERENCE OR REQUEST A FAIR HEARING IN THE WAY EXPLAINED ON THE REVERSE SIDE OF THIS PAGE.

~~THE LAW(S) AND/OR REGULATION(S) WHICH ALLOW US TO DO THIS ARE 18 NYCRR 360 2.3 and 2.6.~~

**INFORMATION ABOUT DEDUCTIONS**

We make certain deductions in calculating your monthly Medicaid net income. The most common ones are:

- 1) \$20.00 deduction per individual or couple if you are aged, blind or disabled.
- 2) the monthly amount of your health insurance premiums (such as Blue Cross/Blue Shield and Medicare).

~~If you wish information on the deductions used in your case or other deductions, contact us.~~

**IMPORTANT**

If you lost SSI benefits since 1977 due to a Social Security cost-of-living increase, you may still be eligible for full coverage. Please contact us immediately or request a fair hearing.

**ATTENTION:** Persons receiving Medical Assistance may be eligible for a discount on their telephone service. For information on LIFELINE call Verizon, toll free, 1-800-555-5000.

REGULATIONS REQUIRE THAT YOU IMMEDIATELY NOTIFY THIS DEPARTMENT OF ANY CHANGES IN NEEDS, INCOME, RESOURCES, LIVING ARRANGEMENTS OR ADDRESS

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION  
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

**2003 COLA INCREASE - MA**

**RIGHT TO A CONFERENCE:** You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made the wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the first page of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. **It is not the way you request a fair hearing.** If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request or get a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will not result in continuation of benefits. Read below for fair hearing information.

**RIGHT TO A FAIR HEARING:** These changes in your Medical Assistance coverage are based on a change in federal law. You have a right to have a fair hearing if you think we made a mistake in applying this law to you or made a mistake in calculating your excess income. You do not have a right to a fair hearing just because you think the change in law is unfair. The hearing officer at the hearing may decide that you do not have the right to a hearing or a continuation of Medical Assistant benefits unchanged if the only issue at the hearing is the change in law requiring the change in your excess income. You may request a State fair hearing by:

1) *Telephoning:* (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL)

**If you live in:** Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans or Wyoming County: (716) 852-4868.

**If you live in:** Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne or Yates County: (716) 266-4868

**If you live in:** Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins or Tioga County: (315) 422-4868.

**If you live in:** Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Sullivan, Ulster, Warren, Washington, or Westchester County: (518) 474-8781.

**If you live in:** Nassau or Suffolk County: (516) 739-4868.

**OR**

(2) *Writing:* By sending a copy of this notice **completed**, to the Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P. O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

I want a fair hearing. The Agency's action is wrong because:

---

-

-

Name: \_\_\_\_\_ Case Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

Signature of Client: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING**

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, paystubs, receipts, medical bills, heating bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

**CONTINUING YOUR BENEFITS:** If you request a fair hearing before the effective date stated in this notice, you will continue to receive your benefits unchanged until the fair hearing decision is issued unless at the hearing, the hearing officer determines that the only thing you are complaining about is the change in law. If you lose the fair hearing, we may recover the cost of any Medical Assistance benefits that you should not have received. If you want to avoid this possibility, check the box below to indicate that you do not want your aid continued, and send this page along with your hearing request. If you do check the box, the action described above will be taken on the effective date listed above.

I agree to have the action taken on my Medical Assistance benefits, as described in this notice, prior to the issuance of the fair hearing decision.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file which we will give to the hearing officer at the fair hearing. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you think you may need to prepare for your fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of the front of this notice or write us at the address printed at the top of the front of this notice.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a fair hearing, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call us at the telephone numbers listed at the top of the front of this notice or write to us at the address printed at the top of the front of this notice.

## NOTIFICACION ACERCA DEL INTENTO DE CAMBIAR

**LA COBERTURA DE LA ASISTENCIA MEDICA**

FECHA DEL AVISO:		FECHA EN VIGOR:		NOMBRE Y DIRECCION DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO	
NUMERO DE CASO			NUMERO CIN		
NOMBRE DE CASO (y Nombre del C/O Si Esta Presente) Y DIRECCIÓN					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 80%;"></div> </div>				NO. DE TELEFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____	
				O para Conferencia con la Agencia _____	
				Información y Asistencia sobre una Audiencia Imparcial: _____	
				Acceso a Archivos/Récordeos _____	
				Información sobre Asistencia Legal _____	
NO. DE OFICINA.	NO. DE UNIDAD	NO. DEL TRABAJADOR(A)	NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) O DE LA UNIDAD		NO. DE TELEFONO

NUESTROS EXPEDIENTES INDICAN QUE USTED RECIBIRA UN AUMENTO EN EL BENEFICIO DEL SEGURO SOCIAL A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2003.

Debido a este aumento en su beneficio del Seguro Social, la cantidad de su ingreso excesivo actual de \$ \_\_\_\_\_ al mes ha cambiado a \$ \_\_\_\_\_ al mes a partir del 1 de enero de 2003. Esto significa que puede ser que usted sea elegible para recibir beneficios del Medicaid en cualquier mes en el que usted tenga gastos médicos al nivel o por encima de la nueva cantidad de ingresos excesivos indicados abajo.

Nosotros calculamos el total de su ingreso mensual bruto es \$ \_\_\_\_\_. Calculamos que sus deducciones mensuales totales son \$ \_\_\_\_\_. Por lo tanto, su ingreso mensual neto para propósitos del Medicaid es la diferencia, o \$ \_\_\_\_\_ (Vea abajo la lista de las deducciones más comunes.)

En su caso, nosotros calculamos que su ingreso mensual neto de \$ \_\_\_\_\_ excede el nivel del Medicaid en el Estado de Nueva York. Esta es la cantidad de su ingreso excesivo mensual.

Usted puede recibir cobertura del Medicaid en cualquier mes en el que sus facturas médicas iguallen o excedan esta cantidad excesiva. Si usted tiene facturas (ya sea pagadas o sin pagar) que iguallen o son mayores que su exceso, la información adjunta le explicará la cobertura de su ingreso excesivo.

SI USTED NO ESTA DE ACUERDO CON NUESTRA DETERMINACION O CALCULACIONES, USTED PUEDE PEDIR UNA CONFERENCIA O SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL DE LA MANERA QUE SE EXPLICA EN EL REVERSO DE ESTA PAGINA.

LAS LEYES Y/O LAS REGULACIONES QUE NOS PERMITEN HACER ESTO SON LA 18 NYCRR 360-2.3 y 2.6.

**INFORMACION SOBRE DEDUCCIONES**

Nosotros aplicamos ciertas deducciones al calcular su ingreso mensual neto del Medicaid. Las deducciones más comunes son:

- 1) \$20.00 por individuo o por pareja si usted es un envejeciente, ciego(a) o incapacitado(a).
- 2) Una deducción de la cantidad mensual de las primas de su seguro de salud (tales como Blue Cross/Blue Shield y Medicare).

Si usted desea información sobre las deducciones aplicadas a su caso u otras deducciones, póngase en contacto con nosotros.

**IMPORTANTE**

Si usted perdió los beneficios del SSI desde 1977 debido a un aumento en el Seguro Social correspondiente al incremento del costo de vida, puede ser que usted todavía sea elegible para la cobertura completa. Por favor póngase en contacto con nosotros inmediatamente o solicite una audiencia imparcial.

**ATENCIÓN:** Las personas aceptadas para Asistencia Médica pueden tener derecho a un descuento en su tarifa telefónica. Para información sobre la LIFELINE, llame a la Compañía de Bell Atlantic, gratis al 1-800-555-5000.

LAS REGULACIONES VIGENTES EXIGEN QUE USTED NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO

**SOBRE CUALESQUIER CAMBIO EN NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, ARREGLOS DE VIVIENDA O DIRECCION  
USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION. CERCIORESE DE LEER EL  
REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

LDSS- 4375-S (Rev.10/02) REVERSO

**AUMENTO DE COLA 2003 (MA)**

**DERECHO A UNA CONFERENCIA:** Usted puede pedir una conferencia para revisar estas acciones. Si usted desea una conferencia, usted debería pedir una lo más pronto posible. Si durante la conferencia nosotros descubrimos que tomamos una decisión errónea, o si debido a la información que usted provea nosotros determinamos cambiar nuestra decisión, nosotros tomaremos acción correctiva y le proporcionaremos una nueva notificación. Usted podrá solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud por escrito a la dirección anotada en la parte superior de la primera página de esta notificación. Ese número se lo utiliza sólo para pedir una conferencia. **Esa no es la manera de solicitar una audiencia imparcial.** Si usted pide una conferencia, usted todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Si usted desea que sus beneficios no cambien (o que continúe recibiendo ayuda) hasta que usted obtenga una decisión de la audiencia imparcial, usted debe solicitar una audiencia imparcial en la manera descrita abajo. Una solicitud para una conferencia solamente **no** resutará en la continuación de beneficios. Lea abajo para información sobre audiencias imparciales.

**DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** Estos cambios en su cobertura de Asistencia Médica están basados en un cambio de la ley federal. Usted tiene el derecho de solicitar una audiencia imparcial si usted cree que cometimos un error al aplicar esta ley a su situación o si cometimos un error al calcular su ingreso excesivo. Usted no tiene derecho a una audiencia imparcial simplemente debido a que usted cree que el cambio en la ley es injusto. El funcionario de la audiencia puede que decida durante la audiencia que usted no tiene el derecho a una audiencia o a la continuación de beneficios de la Asistencia Médica sin cambio alguno si el único asunto en la audiencia es el cambio de la ley requiriendo el cambio en su ingreso excesivo. Usted puede solicitar una audiencia imparcial del estado:

(1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA ESTA NOTIFICACION A MANO CUANDO LLAME)

Si usted vive en: El Condado de **Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans o Wyoming:**  
**(716) 852-4868.**

Si usted vive en: El Condado de **Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne o Yates:** **(716) 266-4868**

Si usted vive en: El Condado de **Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins o Tioga:** **(315) 422-4868**

Si usted vive en: El Condado de **Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Herkimer, Montgomery, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Sullivan, Ulster, Warren, Washington o Westchester:** **(518) 474-8781**

Si usted vive en: El Condado de **Nassau o Suffolk:** **(516) 739-4868; O**

(2) **Escribiendo:** Enviando una copia de esta notificación debidamente **completada** a la Office of Administrative Hearings, Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Por favor, guarde una copia para usted.

Deseo una audiencia imparcial. La acción de la Agencia es errónea porque:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**USTED TIENE 60 DIAS DESDE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA PEDIR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**

Si usted solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole acerca de la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado, un familiar, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). Durante la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral para demostrar la razón por la cual la acción no debe ser llevada a cabo, así como también tendrá la oportunidad de interrogar a cualquier persona que aparezca en la audiencia. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debe traer a la audiencia cualesquier documentos, tales como esta notificación, talonarios de pagos salariales, recibos, cuentas médicas, cuentas de calefacción, verificación médica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

**CONTINUACION DE SUS BENEFICIOS:** Si usted pide una audiencia imparcial antes de la fecha indicada en este aviso para que esta acción entre en vigor, usted continuará recibiendo sus beneficios como siempre hasta que se dé a conocer una decisión de la audiencia imparcial a menos que en la audiencia, el funcionario de la audiencia determine que de lo único que usted se está quejando es el cambio en la ley. No obstante, si usted pierde la audiencia imparcial, nosotros pudiéramos recobrar los beneficios de la Asistencia Médica. Si usted quiere evitar esta posibilidad, puede marcar la casilla de abajo para indicar que usted no desea continuar recibiendo ayuda y enviar esta página junto con su petición de una audiencia. Si usted marca la casilla, la acción descrita arriba será adoptada en la fecha efectivo que se indica en la primera página de esta notificación.

Accedo a que la acción tomada respecto a mis beneficios de Asistencia Médica se lleve a cabo, como se describe en este aviso, ante de darse a conocer a una decisión de la audiencia imparcial.

**ASISTENCIA LEGAL:** Si usted necesita asistencia legal gratis, usted puede que obtenga tal ayuda contactando a la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar a la Sociedad de Ayuda Legal o a un grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas bajo "Abogados" ("Lawyers") o llamando al número que se indica en la primera página de esta notificación.

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de examinar el archivo de su caso. Si usted nos llama por teléfono o nos escribe una carta, nosotros le proveeremos copias gratis de los documentos de su archivo los que entregaremos al funcionario de audiencias en la audiencia imparcial. Así mismo, si usted nos llama por teléfono o nos escribe una carta, le proveeremos copias gratis de otros documentos de su archivo que usted considere necesarios para prepararse para su audiencia imparcial. Para solicitar los documentos o para averiguar cómo examinar su archivo, llámenos al número de teléfono para Acceso a Expedientes indicado al comienzo de la página 1 de esta notificación o escribanos a la dirección impresa al principio de la página 1 de esta notificación.

Si desea copias de los documentos en el archivo de su caso, debe pedirlos con anticipación. Serán disponibles para usted dentro de un periodo de tiempo razonable antes de la fecha de su audiencia. Documentos serán enviado a usted, tan solo si usted lo especifica así.

**INFORMACIÓN:** Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo examinar su archivo o cómo conseguir más copias de documentos, llámenos a los números de teléfono indicados al comienzo de la página 1 de esta notificación o escribanos una carta a la dirección impresa al comienzo de la página 1 de esta notificación.