

**AVISO DE TRASLADO DE SU COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA / FAMILY HEALTH PLUS (Condado A)**

FECHA DEL AVISO:		NOMBRE Y DIRECCION DE AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO		
NÚMERO DE CASO	NÚMERO CIN/RID			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de persona a cargo si está presente) Y DOMICILIO				
		NÚMERO DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA _____ ----- Conferencia con la Agencia _____ Información sobre Audiencia Imparcial Y Asistencia _____ Acceso a los Archivos _____ Información sobre Asistencia Legal _____		
OFICINA №	UNIDAD №	TRABAJADOR SOCIAL №	NOMBRE DE LA UNIDAD O DEL TRABAJADOR SOCIAL	TELÉFONO №

Por la presente le informamos que continuaremos la cobertura de Asistencia Médica / Family Health Plus para la(s) siguiente(s) persona(s) \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_.

Dado que usted nos ha informado de su cambio de domicilio, su caso será trasladado a su nuevo distrito de residencia a partir del \_\_\_\_\_. Su nuevo distrito le enviará más información sobre su cobertura.

**Información importante para los afiliados al Programa de Family Health Plus**

Los afiliados al Programa de Family Health Plus deben de escoger un plan de salud en el nuevo condado. Su nuevo condado le enviará información sobre los planes de salud disponibles. Es importante que usted elija un plan y regrese la selección del plan lo más pronto posible. Si tiene preguntas sobre su inscripción en el plan de salud, llame a la unidad de cuidados dirigidos de su nueva oficina local de servicios sociales.

**Información importante para los afiliados de cuidados dirigidos de Medicaid**

Los afiliados del plan de cuidados dirigidos de Medicaid deben de usar la Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común del Estado de Nueva York cuando quieran tener acceso a servicios de salud en su nuevo condado. Si a usted se le exige inscribirse en un plan de cuidados dirigidos de salud, un representante de la unidad de cuidados dirigidos de salud de su nuevo condado se comunicará con usted.

**Casos de ingresos en exceso (sobrante)**

Aquellas personas cuyos ingresos sobrepasen el límite establecido por el programa de Asistencia Médica y que participen en el programa de ingresos excesivos, comenzando el \_\_\_\_\_, necesitarán presentar comprobantes de gastos médicos pagos e impagos ante la oficina de Medicaid del nuevo condado. Usted también puede pagar el monto del ingreso en exceso a su nuevo condado.

Las leyes y / o reglamentación que nos permite tomar esta medida son las siguientes: 18 NYCRR Secciones 351.2(g)(1) y 360-4.8(b) y las Secciones 364-j y 369-ee de la Ley de Servicios Sociales.

*LAS REGULACIONES VIGENTES EXIGEN QUE USTED NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO SOBRE TODO CAMBIO EN NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, SITUACIÓN DE VIVIENDA O DOMICILIO*

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.  
ASEGÚRESE DE LEER EL DORSO DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA INFORMARSE SOBRE CÓMO APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN**

**AVISO DE TRASLADO DE SU CASO DE ASISTENCIA MÉDICA**

**INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL**

**DERECHO A UNA CONFERENCIA:** usted puede solicitar una conferencia para examinar la decisión tomada. Si desea solicitar una conferencia, hágalo lo más pronto posible. Si en la conferencia nos percatamos que nuestra decisión es incorrecta; o si según la información que usted nos brinde, decidimos modificar la decisión tomada, tomaremos la medida correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Puede solicitar una conferencia llamando al número de teléfono que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una carta a la dirección que aparece en esa misma página. Ese número es solamente para solicitar una conferencia con la agencia. **y no es la manera de solicitar una audiencia imparcial.** Tiene derecho a una audiencia imparcial aunque solicite una conferencia. Lea la siguiente información sobre audiencias imparciales.

**DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL:** si usted cree que la decisión descrita anteriormente es incorrecta, puede solicitar una audiencia estatal imparcial de las siguientes maneras:

- 1) **Por teléfono:** llame al número de teléfono estatal: 800 -342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME)
- 2) **Por fax:** envíe una copia de esta notificación al (518) 473-6735
- 3) **Por internet:** rellene una petición electrónica en el siguiente sitio:  
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>
- 4) **Por escrito:** rellene este aviso en su totalidad y envíe una copia a: *Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201.* Favor de quedarse con una copia.

Deseo una audiencia imparcial. La decisión de la agencia es incorrecta porque: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Caso №: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**USTED TIENE 60 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL**

Si usted solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole dónde y cuándo se llevará a cabo la audiencia. Usted tiene derecho a ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo(a) u otra persona, o de representarse así mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué no se debe tomar la medida, como también la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca a la audiencia. Además, usted tiene el derecho de presentar testigos que avalen su caso. Le sugerimos traer consigo todo documento pertinente, tales como: talonario de cheques de pago, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc.

**ASISTENCIA LEGAL:** si necesita asesoría legal gratuita, podría obtenerla llamando al número local de la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal. Puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal en las Páginas Amarillas del directorio telefónico, bajo «*Lawyers*» (abogados) o llamando al número que aparece en la primera página de esta notificación.

**ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** en preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias de otros documentos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al número de teléfono de Acceso a Archivos que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación, o mande una carta a la dirección indicada en esa misma página.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada para la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

**INFORMACIÓN:** si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en la primera página de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.

**ATENCIÓN:** los menores de 19 años que no reúnan los requisitos de Medicaid o de otro seguro de salud podrían reunir los requisitos del seguro de salud Child Health Plus (CHPlus). El seguro brinda atención y cuidados de salud para niños. Si desea información llame al 1-800-522-5006.