

关于您 **MEDICAID** 申请的**决定通知书**
(超额收入/资源)

通知日期:		机构/中心或地区办公室的名称及地址		
个案编号	CIN 号码			
个案名称 (及转交人姓名, 如有) 和地址				
		用于咨询问题或寻求帮助的其中通用电话号码 _____		
		或者 机构调解会 _____		
		公平听证会信息和援助 _____		
		记录查询 _____		
		法律援助信息 _____		
办公室编号	部门编号	工作人员编号	部门名称或工作人员姓名	电话号码

本卫生署就您在 **EXCESS INCOME/RESOURCES PROGRAM** (超额收入/资源计划) 之下的 **Medicaid** 保险资格做出了决定。

月收入总额为 _____ 美元。月扣款总计为 _____ 美元。二者之差为每月净收入。即 _____ 美元。针对您的家庭规模的允许收入标准为 _____ 美元。每月净收入与此标准之差 (_____ 美元) 为每月自付金额或超额收入金额。六个月的超额收入为 _____ 美元。总资源为 _____。允许水平为 _____。二者之差 (_____) 就是您的超额资源。确定超额资源的方法包括将计算机数据与银行机构数据进行匹配获取信息。如果您认为超额资源的数额不正确, 请务必立即联系本机构, 但不得迟于本通知书发布之日起 **30** 天。

根据以上计算, 本卫生署将:

接受于 (日期) _____ 为 (姓名) _____ 提出的申请,

自付金额要求如下:

仅限门诊医疗护理 - 您已证实支付或未支付 _____ 美元的医疗费用, 即 _____ 月份的超额收入和/或资源。Medicaid 计划将支付上述月份超出每月缴纳自付金额的计划覆盖范围内的门诊费用。通过向本卫生署提交等于上述月收入自付金额的医疗费用的账单或收据, 或通过直接向本卫生署支付一笔等于每月自付金额的款项, 上述申请人可能有资格在任何月份享受 Medicaid 门诊治疗和服务保险。

门诊医疗护理和住院医疗护理 (所有覆盖范围内的护理和服务) - 您已证实支付或未支付 _____ 美元的医疗费用 (从 _____ 月到 _____ 月这六个月的超额资源和/或收入)。Medicaid 计划将支付该期间产生的所有额外的享受保险的医疗费用。

您已证实支付或未支付等于您的超额资源金额的医疗费用。您将在月度和/或六个月基础上满足超额收入金额。将相应金额的医疗账单和/或收据提交给本卫生署后, 符合资格的人员将获得相应的 Medicaid 保险。

拒绝于 (日期) _____ 为 (姓名) _____ 提出的申请。

您在申请中表示, 对于在申请月份之前三个月期间内获得的服务, 申请人没有等于或超过每月自付金额和/或超额资源的任何未付医疗账单或任何已付医疗账单, 申请人预计也不会产生此种金额的账单。如果这种状况发生变化或如果您的资源价值发生变化, 您可能需要重新申请。

我们未收到任何证明您通过建立或增加殡葬信托/基金而花费超额资源的文件。

本决定的依据是 18 NYCRR 360-4.8 以及 Social Services Law (《社会服务法》) 第 366.2(b) 条。

随附的预算工作表对这些计算进行了说明。

请阅读随附的 **Excess Income Program** (超额收入计划) 和/或 **Excess Resource Program** (超额资源计划) 说明。如果申请被接受而且符合资格的人员尚未且有权获得有效的医疗援助身份识别卡, 我们将在 **15** 天内寄出一张识别卡。

在某些情况下, **MEDICAID** 计划不会将补充需求信托中的收入计算在内。请仔细阅读附件“关于信托对 **MEDICAID** 资格的影响的说明”。此信息也可在卫生部网站上获取: https://health.ny.gov/health_care/medicaid/index.htm#trusts。

法规要求您当您的需求、收入、资源、居住方式或地址发生任何
变更时应立即告知本部门

您有权对上述决定提出上诉
请确保阅读本通知书背面提供的对本决定提出上诉的方法

调解会权利：您可以申请调解会对这些措施进行审查。如果您需要举行调解会，应尽快申请。在调解会中，如果我们发现我们的确定结果有误，或者我们依据您所提供的信息决定变更我们的确定结果，则我们将采取纠正措施并重新对您予以通知。您可以拨打本通知书第一页中提供的电话号码来申请调解会，也可将您的书面申请寄送至本通知书首页顶部提供的地址来进行申请。此号码仅用于申请调解会。**您不可以使用该号码来申请召开公平听证会。**如果您申请举行调解会，您仍有权申请召开公平听证会。如果您想在获得公平听证会判决结果之前继续领取自己的福利（继续获得援助），那么您必须采用下述方式申请召开公平听证会。请阅读下方的公平听证会信息。

获取您的文件和文档复印件：为帮助您为听证会做好准备，您有权查看您的个案文件。如果您通过电话或信件联系我们，我们将向您免费寄送您文件中文档的复印件，并将在听证会上向听证官提供此资料。同时，如果您通过电话或信件联系我们，我们将向您免费寄送您认为可能需要用于为听证会做好准备的其它文档的复印件。如果您打电话或写信给我们，我们还将免费为您提供必要的具体政策材料，以便您决定是否申请召开公平听证会或为听证会做好准备。我们可为您提供的政策材料包括以下文档：行政指令、一般信息系统消息、信息性信函、Medicaid 参考指南的部分内容、Department of Health Medicaid 最新通讯和当地局长备忘录。要申请获取具体政策材料、文档或了解查看文件的方法，请拨打本通知书正面顶部提供的“记录存取”电话号码，或者写信邮寄至本通知书正面顶部提供的地址以联系我们。如果您需要您个案文件的免费具体政策材料或文档复印件，应提前申请。我们将在听证会之前的适当时间向您提供该资料。只有在您特别请求邮寄文档时，才会将文档邮寄给您。

公平听证会权利：如果您认为以上措施有误，则可以申请举行纽约州公平听证会。申请方式如下：

- 1) **电话：**您可拨打纽约州免费电话：800-342-3334（请在拨打电话时将此通知放在手边备用）或者
- 2) **传真：**将本通知书副本用传真发送至：(518) 473-6735；或者
- 3) **在线：**请访问以下网址，填写并发送在线申请表：<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>；或者
- 4) **写信：**将已填妥的本通知书副本邮寄至：Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201。请自行留存一份副本。

我要申请召开公平听证会。该机构的行动有误，原因如下： _____

正楷体姓名： _____ 个案编号 _____

地址： _____ 电话： _____

客户签名： _____ 日期： _____

自本通知书发出之日起，您有 60 天时间申请召开公平听证会：申请听证会后，纽约州将向您发送一份通知，告知您举行公平听证会的时间及地点。您有权邀请法律顾问、亲属、朋友或他人作为代表参加听证会，也可以自己提出异议。在听证会当中，您的律师或其他代表将有机会出示书面或口头证据以证明之前措施有误，以及有机会向出席听证会的任何人员发问。此外，您还有权邀请证人为您提供证据。您应携带任何可为您的个案提供有力证据的文件出席听证会，诸如本通知书、工资单、收据、医疗账单、供暖账单、医疗诊断书、信件等文件。

法律援助：如果您需要获取免费法律援助，可联系您所在地的法律援助协会 (Legal Aid Society) 或其他法律支持团体来获取此类援助。您可以在黄页的“律师” (Lawyers) 条目下查找附近的法律援助协会或维权团队信息，也可以拨打本通知书第一页中提供的电话号码以进行查询。

信息：如果您想获取与您的个案相关的更多信息，或者想详细了解申请召开公平听证会、查看文件或获取其他文件副本的方法，请拨打本通知书第 1 页提供的电话号码，或者写信邮寄至本通知书第 1 页提供的地址以联系我们。

注意：未满 19 岁的不具备 Medicaid 或其他健康保险参保资格的儿童可能有资格投保 Child Health Plus 保险计划。该计划提供针对儿童的健康护理保险服务。请拨打 1-800-698-4543 获取相关信息。