

通过 MEDICAID 支付 MEDICARE 保费申请/福利行动通知书

通知日期:	生效日期:	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

**注意事项:** 如果申请人/领用人可以获得或正在领用 MEDICAID (MA), 本通知不会影响 MA 保险。本通知只针对 MEDICARE SAVINGS PROGRAM (MEDICARE 节省计划) 之下的资格。

本卫生署就通过 Medicaid 支付您的 Medicare  Part A 和/或  Part B 保费的资格做出了决定。本卫生署将:

- 接受于 (日期) \_\_\_\_\_ 为 (姓名) \_\_\_\_\_ 提出的申请。Medicaid 将支付您的月度 Medicare  Part B 保费, 自 \_\_\_\_\_ 生效。
- 接受于 (日期) \_\_\_\_\_ 为 (姓名) \_\_\_\_\_ 提出的申请。Medicaid 将支付您的月度 Medicare  Part A 和/或  Part B 保费, 自 \_\_\_\_\_ 生效。此外, 您还有资格通过 Medicaid 支付您的 Medicare Part A 和/或 B 免赔额和共保金额。
- 拒绝于 (日期) \_\_\_\_\_ 为 (姓名) \_\_\_\_\_ 提出的申请。
- 不处理于 (日期) \_\_\_\_\_ 提出的申请, 因为该申请已被撤销。
- 继续通过 Medicaid 支付您的 Medicare Part B 保费。
- 继续通过 Medicaid 支付您的 Medicare  Part A 和/或  Part B 保费。此外, 您还有资格通过 Medicaid 支付您的 Medicare Part A 和/或 B 免赔额和共保金额。
- 停止为 (姓名) \_\_\_\_\_ 支付 Medicare  Part A 和/或  Part B 保费, 自 \_\_\_\_\_ 生效。

以上行动的理由如下:

允许我们这样做的法律和/或法规是 \_\_\_\_\_

如果其中任何行动是由于财务状况而采取的, 我们特此附上一份预算工作表, 以便您能够知道我们是如何确定福利资格的。

法规要求您当您的需求、收入、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：**（与我们举行的非正式会议）：如果您认为我们的决定有误，或者您不理解我们的决定，请拨打 718-637-2426 联系我们，或写信并邮寄至 HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201 要求安排调解会。有时候，这是解决您遇到的任何问题的最快方式。即使您已申请召开公平听证会，我们仍鼓励您申请召开调解会。这不是申请召开公平听证会的正确方法。如果您申请举行调解会，您仍有权申请召开公平听证会。

**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他文档的复印件。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。欲索要文档，您可以通过以下方式联系我们：拨打 718-637-2426、发送传真至 917-639-9355 或发送电子邮件至：HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201。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。

**信息：**如果您要了解有关案例、如何请求召开公平听证会、如何查看文件或如何获取其他文档副本等更多信息，请拨打 718-637-2426 联系我们。

**纽约州公平听证会的申请截止日期：**如果您希望纽约州审核我们就您的 Medicaid 所做出的决定，您必须在本通知发布之日起 **60** 天内申请召开公平听证会。

**如何申请召开公平听证会：**您可通过写信、电话、亲自或通过网络请求召开公平听证会。

**写信：**将已填写的本通知书副本邮寄至：Office of Administrative Hearings, 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。

**电话：** (800) 342-3334 *（请在拨打电话时将此通知放在手边备用）*

**传真：** 将本通知书副本传真至 (518) 473-6735。

**到访：** 将本通知书的副本送至 New York State Office of Temporary and Disability Assistance（纽约州临时救济与残障援助办公室），地址为：  
◆ 5 Beaver Street, New York, New York 10004

**在线：** 请访问以下网址，填写并发送在线申请表：<https://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

如果您无法通过电话或网络联系到纽约州，请您务必在听证会申请截止日期之前写信申请召开公平听证会。

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。如需口译人员，请在申请召开听证会时告知纽约州政府。

**继续领取您的福利：**如果您在本通知书注明的生效日期之前申请召开公平听证会，那么在该公平听证会判决发布之前，您可以继续领取自己的福利。但是，如果您输掉了公平听证会，我们将收回您不应领取的任何 Medicaid 福利。如果您希望避免出现这种情况，请勾选下面的方框，以表明您不希望继续获得援助，并将本页与您的听证会申请一同发送给我们。如果您勾选此方框，则我们将从上述生效日期开始采取上述行动。

我同意在公平听证会判决发布之前，对我的 Medicaid 福利采取如本通知所述的行动。

**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)、其他法律支持团体，或在黄页的“律师” (Lawyers) 条目下查找此类援助。

**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。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。