

**AVI KONSÈNAN AKSYON SOU APLIKASYON/AVANTAJ POU PEMAN MEDICAID POU PRIM  
MEDICARE YO**

DAT AVI A:		DAT LI ANVIGÈ:		NON AK ADRÈS AJANS/SANT OSWA BIWO DISTRI	
NIMEWO DOSYE		NIMEWO CIN			
NIMEWO DOSYE (Ak Non C/O si Genyen) AK ADRÈS					
				NIMEWO TELEFÒN JENERAL POU KESYON OSWA ÈD _____	
				<b>OSWA</b> Reyinyon avèk Ajans lan _____	
				Enfòmasyon ak Èd sou Odyans san Patipri _____	
				Aksè nan Dosye _____	
Enfòmasyon sou Èd Jiridik _____		NON INITE OSWA NON TRAVAYÈ SOSYAL		NIMEWO TELEFÒN	
NIMEWO BIWO	NIMEWO INITE	NIMEWO TRAVAYÈ SOSYAL			

**REMAK:** SI YO AKSEPTE APLIKAN /BENEFISYÈ AN POU LI KA RESEVWA OSWA LI RESEVWA DEJA MEDICAID (MA), AVI SA A PA PRAL AFEKTE PWOTEKSYON MA LI. AVI SA A **SÈLMAN** KONSÈNE PWOTEKSYON NAN PWOGRAM EKONOMI MEDICARE LA.

Depatman sa a te pran yon desizyon konsènan kalifikasyon pou peman Medicaid pou prim Medicare  Pati A ak / oswa  Pati B ou. Depatman sa a pral:

**AKSEPTE** aplikasyon ki gen dat \_\_\_\_\_ pou (non) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Medicaid ap peye prim Medicare  Pati B ou chak mwa kòmanse \_\_\_\_\_.

**AKSEPTE** aplikasyon ki gen dat \_\_\_\_\_ pou (non) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. Medicaid ap peye prim Medicare  Pati B ak/oswa  
 Pati B ou chak mwa kòmanse \_\_\_\_\_. Anplis, ou kalifye pou peman Medicaid pou Medicare Pati A ak / oswa dediktib ak ko-asirans.

**REFIZE** aplikasyon ki gen dat \_\_\_\_\_ pou (non) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**PA PRAN OKENN AKSYON** sou aplikasyon ki gen dat \_\_\_\_\_ paske ou te anile li.

**KONTINYE** peman Medicaid pou Medicare prim Pati B ou.

**KONTINYE** peman Medicaid pou prim Medicare  Pati A ak / oswa  Pati B ou. Anplis, ou kalifye pou peman Medicaid pou Medicare Pati A ak / oswa dediktib ak ko-asirans.

**SISPANN** peman prim Medicare  Pati A ak / oswa  Pati B pou (non) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ kòmanse \_\_\_\_\_.

Men rezon pou pran aksyon sa a: \_\_\_\_\_

Lwa ak/oswa Règleman ki pèmèt nou fè sa se: \_\_\_\_\_

Si nenpòt nan aksyon sa yo te fèt poutèt sikonstans finansye, nou mete yon feyè bidjè pou ou ka wè kijan nou te detèmine kalifikasyon ou pou avantaj.

*RÈGLEMAN YO EGZIJE POU FÈ DEPATMAN SA A KONNEN TOUSWIT NENPÒT  
CHANJMAN NAN BEZWEN OU, NAN REVNI OU, MÒD VI OU OSWA NAN ADRÈS OU*

**OU GEN DWA KONTESTE DESIZYON SA A  
ASIRE OU LI PAJ DÈYÈ AVI SA A POU KONNEN KIJAN POU KONTESTE DESIZYON SA A**

**KONFERANS:** (Yon reyinyon enfòmèl avèk nou): Si ou panse desizyon nou an pa te kòrèk oswa si ou pa konprann desizyon nou an, tanpri rele nou nan 718-637-2426, ekri nou nan HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201, pou planifye yon rankont. Pafwa, sa reprezante yon fason ki pi rapid pou rezoud yon pwoblèm ou ka genyen. Nou ankouraje ou fè sa menm lè ou mande yon odyans san patipri. Sa pa reprezante fason pou mande yon odyans san patipri. Si ou mande yon konferans, ou toujou gen dwa pou yon odyans san patipri.

**AKSÈ NAN DOSYE AK KOPI DOKIMAN YO:** Pou ede ou prepare ou pou odyans lan, ou gen yon dwa pou gade dosye ou yo. Si ou rele nou oswa si ou ekri nou, n ap voye ba ou kopi dokiman dosye ou yo pou gratis, epitou se dokiman sa yo n ap bay ofisye odyans lan nan odyans san patipri a. Epitou, si ou rele oswa si ou ekri nou, n ap ba ou kopi gratis lòt dokiman dosye ou panse ou ka bezwen pou prepare pou odyans san patipri ou. Si ou rele oswa ekri nou, nou pral mete dokiman règleman espesifik disponib ki nesèsè pou ou deside si w ta dwe mande yon odyans san patipri oswa prepare pou odyans la gratis. Men yon egzanzp kèk dokiman règleman ki ka disponib pou ou: Direktiv Administratif, mesaj Sistèm Enfòmasyon Jeneral, Lèt Enfòmèl, pòsyon Gid Referans Medicaid, Bilten enfòmasyon Medicaid Depatman Sante ak Memorandòm Komisè Lokal yo. Pou mande dokiman, ou ka rele nou nan 718-637-2426, voye yon faks ba nou nan 917-639-9355 oswa ekri nou nan: HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201. Si ou vle kopi dokiman règleman espesifik oswa dokiman ki nan dosye ou gratis, ou ta dwe mande yo davans. N ap ba ou yo nan yon dèle rezonab anvan dat odyans lan. N ap voye dokiman yo pou ou pa lapòs sèlman si ou fè yon demann espesyal pou sa.

**ENFÒMASYON:** Si w ta vle jwenn plis enfòmasyon sou ka ou, sou fason pou mande yon odyans san patipri, sou fason pou wè dosye ou, oswa sou fason pou mande kopi siplemantè dokiman yo, rele nou nan nimewo 718-637-2426.

**ODYANS SAN PATIPRI DEVAN ETA A - Dat limit pou fè Demann lan:** Si ou vle Eta egzaminen desizyon nou konsènan Medicaid ou, ou dwe mande pou ale nan yon Odyans san Patipri nan **60** jou oswa mwens apre dat ki nan avi a.

**Fason pou Mandè yon Odyans san Patipri:** Ou kapab mande yon odyans san patipri alekri, nan telefòn fas-a-fas, oswa sou Entènèt.

**Ekri:** Voye yon kopi avi sa a *ranpli*, bay Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Tanpri kenbe yon kopi pou ou.

**Telefòn:** (800) 342-3334 (*TANPRI METE AVI SA A TOUPRE OU LÈ W AP RELE A*).

**Faks:** Voye yon kopi avi sa a nan nimewo faks (518) 473-6735.

**San Randevou:** Pote yon kopi avi sa a nan Biwo Eta New York pou Èd Pwovizwa ak Èd pou Moun Andikape nan adrès:  
♦ 5 Beaver Street, New York, New York 10004

**Sou Entènèt:** Ranpli epi voye fòm demann lan sou entènèt la nan: <https://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

Si ou pa kapab jwenn Eta a nan telefòn oswa sou entènèt la, tanpri ekri pou mande yon odyans san patipri anvan dat limit lan pou mande yon odyans san patipri.

Mwen vle yon odyans san patipri. Desizyon Ajans la pa kòrèk paske: \_\_\_\_\_

Ekri non an lèt Detache \_\_\_\_\_ Nimewo Dosye: \_\_\_\_\_

Adrès: \_\_\_\_\_ Telefòn: \_\_\_\_\_

Siyati Kliyan an: \_\_\_\_\_ Dat la: \_\_\_\_\_

**OU GEN 60 JOU APRE DAT OU RESEVWA AVI SA A POU MANDE YON ODYANS SAN PATIPRI.** Si ou mande yon odyans san patipri, Eta ap voye yon avi ba ou pou fè ou konnen lè ak kote odyans lan ap fèt. Ou gen dwa pou fè yon avoka, yon manm fanmi, yon zanmi oswa yon lòt moun reprezante ou. Ou ka reprezante tèt ou tou. Nan odyans lan, avoka ou oswa lòt reprezantan ou ap jwenn opòtinite pou prezante prèv alekri ak prèv aloral pou montre pou kisa nou pa ta dwe pran desizyon an. L ap jwenn opòtinite tou pou kesyone nenpòt moun ki prezante nan odyans lan. Epitou, ou gen dwa pou vini avèk temwen ki pou pale anfavè ou. Ou ta dwe pote nenpòt dokiman tankou avi sa a, souch chèk, resi, bòdwo medikal, bòdwo chofaj, verifikasyon medikal, lèt, elatriye ki kapab itil nan prezantasyon dosye ou. Si ou bezwen yon entèprèt, tanpri fè Eta a konnen sa lè ou mande pou gen odyans lan.

**KONTINYASYON AVANTAJ OU YO:** Si ou mande yon odyans san patipri anvan dat kòmansman ki endike nan avi sa a, ou pral kontinye resevwa avantaj ou yo san okenn chanjman jiskaske yo bay desizyon odyans san patipri a. Men, si ou pèdi odyans san patipri a, nou ka rekipere nenpòt avantaj Medicaid ou pa te sipoze resevwa. Si ou vle evite posiblite sa a, tcheke bwat ki anba a pou montre ou pa vle èd ou kontinye, epi voye paj sa a anvanm ak demann pou odyans ou an. Si ou tcheke bwat la, yo pral pran aksyon ki dekri pi wo a nan dat kòmansman ki endike anwo a.

Mwen dakò pou yo pran aksyon an sou avantaj Medicaid mwen yo, jan sa dekri nan avi sa a, anvan yo bay desizyon pou odyans san patipri a.

**ÈD JURIDIK:** Si ou bezwen èd legal gratis, ou kapab jwenn èd la depi ou kontakte Legal Aid Society, lòt gwoup avoka, oswa depi ou tcheke nan Paj Jòn yo anba "Lawyers" (avoka).

**ATANSYON:** Timoun ki poko gen 19 lane ki pa kalifye pou Medicaid oswa lòt asirans medikal ka kalifye pou Child Health Plus Insurance. Plan an bay asirans swen sante pou timoun. Rele 1-800-698-4543 pou jwenn enfòmasyon.