

**NOTIFICA DI AZIONE RELATIVA ALLA DOMANDA DI ADESIONE/AL SUSSIDIO PER IL
PAGAMENTO MEDICAID DI PREMI MEDICARE**

DATA DI NOTIFICA:		DECORRENZA:		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE	
NUMERO DI PRATICA		NUMERO CIN			
NOME PRATICA (e generalità di chi offre domicilio, se presente) E INDIRIZZO					
				N. TELEFONO GENERALE PER DOMANDE O ASSISTENZA _____	
				OPPURE Incontro con agenzia _____	
				Informazioni e assistenza per udienza imparziale _____	
				Accesso agli atti _____	
				Informazioni sull'assistenza legale _____	
N. UFFICIO	N. UNITÀ	MATR. OPERATORE	NOME UNITÀ O OPERATORE		N. TELEFONO

NOTA: SE IL RICHIEDENTE/BENEFICIARIO OTTIENE L'APPROVAZIONE PER RICEVERE MEDICAID (MA), LA PRESENTE NOTIFICA NON MODIFICA LA COPERTURA MA. LA PRESENTE NOTIFICA RIGUARDA **SOLO** L'IDONEITÀ RELATIVA AL MEDICARE SAVINGS PROGRAM.

Questo Dipartimento ha preso una decisione relativa all'idoneità a ricevere il pagamento Medicaid dei suoi premi Medicare

Parte A e/o Parte B. Questo Dipartimento:

APPROVERÀ la domanda datata _____ per il nominativo/i nominativi _____
_____. Medicaid verserà i suoi premi mensili Medicare Parte B a
decorrere da _____.

APPROVERÀ la domanda datata _____ per il nominativo/i nominativi _____
_____. Medicaid verserà i suoi premi mensili Medicare Parte A e/o
 Parte B a decorrere da _____. Inoltre, lei risulta idoneo a ricevere il pagamento Medicaid delle
sue franchigie e coassicurazione Medicare Parte A e/o B.

RIFIUTARE la domanda datata _____ per il nominativo/i nominativi _____
_____.

NON INTRAPRENDERE ALCUNA AZIONE riguardo alla domanda di adesione datata _____ in
quanto è stata ritirata.

CONTINUARE a effettuare il pagamento Medicaid dei suoi premi Medicare Parte B.

CONTINUARE a effettuare il pagamento Medicaid dei suoi premi Medicare Parte A e/o Parte B. Inoltre, lei
risulta idoneo a ricevere il pagamento Medicaid delle sue franchigie e coassicurazione Medicare Parte A e/o B.

INTERROMPERE il pagamento dei premi Medicare Parte A e/o Parte B per il nominativo/i nominativi
_____ a decorrere da _____.

La motivazione alla base della suddetta azione è la seguente: _____

Le leggi e/o le norme che ci conferiscono questo potere sono _____

Se è stata intrapresa una di queste azioni a causa di circostanze finanziarie, abbiamo allegato uno o più prospetti di bilancio per darle la possibilità di valutare in che modo abbiamo stabilito l'idoneità ai sussidi.

*LE NORME STABILISCONO CHE VENGA COMUNICATE IMMEDIATAMENTE A QUESTO DIPARTIMENTO LE EVENTUALI
MODIFICHE A ESIGENZE, REDDITO, SISTEMAZIONE ABITATIVA O INDIRIZZO*

**LEI HA IL DIRITTO DI IMPUGNARE QUESTA DECISIONE
SI ASSICURI DI LEGGERE IL RETRO DI QUESTA NOTIFICA PER INFORMAZIONI SU COME IMPUGNARE LA DECISIONE**

INCONTRO: (incontro informale con noi): Se ritiene che la nostra decisione sia errata o non comprende la nostra decisione, la preghiamo di chiamarci al numero 718-637-2426, scriverci all'indirizzo HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201, per fissare un incontro. Si tratta talvolta del modo più rapido per risolvere eventuali problemi. La invitiamo a procedere come sopra anche per richiedere un'udienza imparziale. Non è la procedura per richiedere un'udienza imparziale. Richiedendo un incontro ha comunque diritto ad ottenere un'udienza imparziale.

ACCESSO AL FASCICOLO PERSONALE E ALLE COPIE DEI DOCUMENTI: per aiutarla a prepararsi per l'udienza, ha il diritto di consultare il fascicolo personale del caso. Se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia dei documenti del suo fascicolo che consegneremo al funzionario incaricato dell'udienza. Inoltre, se ci contatta telefonicamente o per posta, le forniremo gratuitamente una copia degli altri documenti del suo fascicolo di cui potrebbe aver bisogno per prepararsi all'udienza imparziale. Se ci contatta telefonicamente o per posta, metteremo inoltre gratuitamente a sua disposizione materiali specifici della polizza di cui necessita per decidere se richiedere un'udienza imparziale o per prepararsi all'udienza. I materiali della polizza che potremmo mettere a sua disposizione comprendono il seguente tipo di documenti: direttive amministrative, messaggi del sistema informativo generale, lettere informative, parti della guida di riferimento Medicaid, newsletter di aggiornamento Medicaid del Department of Health e promemoria del sovrintendente locale. Per richiedere documenti, può chiamarci al numero 718-637-2426, inviarci un fax al numero 917-639-9355 o scriverci all'indirizzo: HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201. Se desidera una copia gratuita dei materiali specifici della polizza o dei documenti del fascicolo personale del caso, dovrà farne richiesta con largo anticipo. Questi le verranno forniti in un tempo ragionevole prima della data fissata per l'udienza. I documenti le saranno spediti per posta soltanto se ne richiede specificamente l'invio.

INFORMAZIONI: Se desidera ulteriori informazioni sul suo caso, sulle modalità per richiedere un'udienza imparziale, consultare il fascicolo personale oppure ottenere ulteriori copie di documenti, ci chiami al numero 718-637-2426.

UDIENZA IMPARZIALE DI STATO - Scadenza per la richiesta: per richiedere allo Stato di esaminare la nostra decisione relativa alla sua copertura Medicaid, deve richiedere un'udienza imparziale entro **60** giorni dalla data della presente notifica.

Come richiedere un'udienza imparziale: può richiedere un'udienza imparziale per iscritto, per telefono, di persona o tramite Internet.

Per posta: invii una copia *compilata* di questa notifica al seguente indirizzo: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conservi una copia per riferimento.

Telefono: (800) 342-3334 (TENGA QUESTA NOTIFICA A PORTATA DI MANO AL MOMENTO DELLA CHIAMATA)

Fax: invii una copia di questa notifica al numero di fax (518) 473-6735.

Di persona: recapiti una copia della presente notifica al New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Ufficio per l'assistenza temporanea e l'assistenza ai disabili dello Stato di New York) al seguente indirizzo:
◆ 5 Beaver Street, New York, New York 10004

Online: compili e invii il modulo di richiesta online al sito: <https://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

Se non riesce a contattare lo Stato per telefono o via Internet, invii una richiesta scritta di udienza imparziale prima della scadenza prevista per la richiesta di un'udienza imparziale.

Desidero un'udienza imparziale. L'azione di questa agenzia non era corretta per le seguenti motivazioni: _____

Nome in stampatello: _____ Numero pratica: _____

Indirizzo: _____ Telefono: _____

Firma del cliente: _____ Data: _____

HA 60 GIORNI DI TEMPO DALLA DATA DI QUESTA NOTIFICA PER RICHIEDERE UN'UDIENZA IMPARZIALE: se richiede un'udienza imparziale, lo Stato le invierà una notifica contenente la data e l'ora dell'udienza. Ha il diritto di essere rappresentato/a da un consulente legale, un parente, un amico/a o un'altra persona, oppure di rappresentarsi da solo/a. All'udienza lei, il suo legale o altro rappresentante avrà l'opportunità di presentare prove documentali e orali con cui dimostrare i motivi per cui l'azione non andrebbe intrapresa, nonché l'opportunità di rivolgere domande a chiunque sia chiamato in udienza. Ha inoltre il diritto di presentare testimoni per deporre a suo favore. All'udienza dovrà portare ogni documento che possa essere utile alla presentazione del suo caso, come la presente notifica, buste paga, ricevute, fatture sanitarie, spese di riscaldamento, accertamenti medici, lettere ecc. Se necessita di un interprete, avvisi lo Stato quando richiede l'udienza.

CONTINUAZIONE DEI SUSSIDI: se richiede un'udienza imparziale prima della decorrenza indicata nella presente notifica, continuerà a ricevere i sussidi fino all'emissione della decisione dell'udienza imparziale. Tuttavia, in caso di decisione a lei sfavorevole dopo l'udienza imparziale, potremmo recuperare il costo di eventuali sussidi Medicaid che lei non ha ricevuto. Se preferisce evitare questa evenienza, contrassegni la casella qui sotto per indicare che non desidera la continuazione dell'assistenza e invii questa pagina insieme alla richiesta di udienza. Se sceglie di contrassegnare la casella, l'azione sopra descritta verrà intrapresa alla decorrenza indicata sopra.

Accetto che l'azione venga intrapresa riguardo ai miei sussidi Medicaid, come descritto nella presente notifica, prima dell'emissione della decisione dell'udienza imparziale.

ASSISTENZA LEGALE: se ha bisogno di assistenza legale gratuita, potrà ottenerla contattando la Legal Aid Society (Società per il patrocinio legale gratuito) locale, altro ente di patrocinio legale gratuito o cercando nelle Pagine Gialle alla voce "Lawyers".

ATTENZIONE: i minori di anni 19 che non hanno diritto ad assistenza Medicaid o ad altra copertura assicurativa sanitaria possono risultare idonei per la Child Health Plus Insurance. Questo piano fornisce assistenza sanitaria per minori. Per informazioni, chiami il numero 1-800-698-4543.