

## УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ ПО ПОВОДУ ЗАЯВЛЕНИЯ/ЛьГОТ НА ОПЛАТУ ПРОГРАММОЙ MEDICAID СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ ПРОГРАММЫ MEDICARE

ДАТА УВЕДОМЛЕНИЯ:	ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:	НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ/ЦЕНТРА ИЛИ РАЙОННОГО ОФИСА		
НОМЕР ДЕЛА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (CIN)	ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА (и имя адресата, если есть)		
		ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ОБРАЩЕНИЙ С ВОПРОСАМИ ИЛИ ЗА ПОМОЩЬЮ _____		
		<b>ИЛИ</b> Собеседование в учреждении _____		
		Информация и помощь с объективным разбирательством _____		
		Доступ к материалам _____		
		Информация о юридической помощи _____		
ОФИС №	ОТДЕЛЕНИЕ №	СОТРУДНИК №	НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

**ПРИМЕЧАНИЕ.** ЕСЛИ ЗАЯВИТЕЛЬ/ПОЛУЧАТЕЛЬ ПРИНЯТ В ПРОГРАММУ MEDICAID (МА) ИЛИ ПОЛУЧАЕТ ПОМОЩЬ ПО ЭТОЙ ПРОГРАММЕ, ДАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НЕ ПОВЛИЯЕТ НА ПОКРЫТИЕ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ МА. ДАННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ КАСАЕТСЯ **ТОЛЬКО** СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ MEDICARE SAVINGS PROGRAM (ПРОГРАММЫ ЭКОНОМИИ ПРИ ОПЛАТЕ MEDICARE).

Данный Департамент принял решение по соответствию критериям оплаты за счет программы Medicaid Ваших страховых взносов по программе Medicare,  часть А и (или)  часть В. Данный Департамент:

- ОДОБРИТ** заявление от \_\_\_\_\_ на имя (имена) \_\_\_\_\_. Программа Medicaid будет оплачивать Ваши ежемесячные страховые взносы по программе Medicare,  часть В, с \_\_\_\_\_.
- ОДОБРИТ** заявление от \_\_\_\_\_ на имя (имена) \_\_\_\_\_. Программа Medicaid будет оплачивать Ваши ежемесячные страховые взносы по программе Medicare,  часть А и (или)  часть В с \_\_\_\_\_. Кроме того, Вы соответствуете критериям оплаты за счет программы Medicaid Ваших нестрахуемых минимумов и совместных платежей по программе Medicare, часть А и (или) В.
- ОТКЛОНИТ** заявление от \_\_\_\_\_ на имя (имена) \_\_\_\_\_.
- НЕ ПРЕДПРИМЕТ НИКАКИХ ДЕЙСТВИЙ** по заявлению от \_\_\_\_\_, поскольку оно было отозвано.
- ПРОДОЛЖИТ** оплачивать за счет Medicaid Ваши страховые взносы по программе Medicare, часть В.
- ПРОДОЛЖИТ** оплачивать за счет Medicaid Ваши страховые взносы по программе Medicare,  часть А и (или)  часть В. Кроме того, Вы соответствуете критериям оплаты за счет программы Medicaid Ваших нестрахуемых минимумов и совместных платежей по программе Medicare, часть А и (или) В.
- ПРЕКРАТИТ** оплату страховых взносов по программе Medicare,  часть А и (или)  часть В на имя (имена) \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_.

Причина данного действия: \_\_\_\_\_

Данное решение принято на основании следующих законов и (или) нормативных положений: \_\_\_\_\_

Если данные действия были предприняты в связи с финансовыми обстоятельствами, прилагаем таблицы расчета бюджета, где Вы можете посмотреть, как было установлено Ваше соответствие критериям получения льгот.

*НОРМАТИВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕБУЮТ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО УВЕДОМЛЯТЬ ДАННЫЙ ДЕПАРТАМЕНТ О ЛЮБЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОТРЕБНОСТЕЙ, ДОХОДА, ЖИЛИЩНЫХ УСЛОВИЙ ИЛИ АДРЕСА*

**ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ  
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНФОРМАЦИЕЙ НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ,  
ЧТОБЫ УЗНАТЬ, КАК ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ**

**СОБЕСЕДОВАНИЕ** (неофициальная встреча с нами). Если Вы считаете, что мы приняли неправильное решение, или Вы не понимаете наше решение, позвоните по номеру 718-637-2426 или напишите по адресу HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201, чтобы организовать встречу. Иногда это самый быстрый способ решить все возможные проблемы. Рекомендуем Вам это сделать, даже если Вы подаете заявление на проведение объективного разбирательства. Для подачи запроса на проведение объективного разбирательства предусмотрен другой порядок. Если Вы обратитесь с заявлением о проведении собеседования, Вы не утратите права на объективное разбирательство.

**ДОСТУП К МАТЕРИАЛАМ ДЕЛА И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ:** В процессе подготовки к разбирательству вам предоставляется право ознакомиться с материалами дела. Если вы позвоните или напишете нам, вам будут бесплатно предоставлены копии документов из вашего дела, которые будут переданы сотруднику, проводящему объективное разбирательство. Кроме того, если вы позвоните или напишете нам, мы бесплатно вышлем вам копии других документов из вашего дела, которые, по вашему мнению, могут потребоваться для подготовки к объективному разбирательству. Если Вы позвоните или напишете нам, мы также бесплатно предоставим Вам конкретные регулятивные материалы, необходимые Вам, чтобы решить, следует ли запросить проведение объективного разбирательства, или чтобы подготовиться к разбирательству. Регулятивные материалы, которые могут быть Вам предоставлены, включают, к примеру, такие документы: административные директивы, сообщения общей информационной системы, информационные письма, части справочника Medicaid, новостные рассылки Department of Health касательно Medicaid и меморандумы руководителя местной службы. Чтобы запросить документы, позвоните по номеру 718-637-2426, отправьте факс на номер 917-639-9355 или напишите по адресу HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201. Если Вам нужны бесплатные копии конкретных регулятивных материалов или документов из Вашего дела, заранее обратитесь с просьбой предоставить их. Они будут переданы Вам в разумный срок до даты разбирательства. Документы будут отправлены вам по почте только в том случае, если вы специально попросите об этом.

**ИНФОРМАЦИЯ.** Для получения более подробной информации о Вашем деле, о том, как подать заявление на проведение объективного разбирательства, как ознакомиться со своим делом или получить дополнительные копии документов, позвоните по номеру 718-637-2426.

**ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО НА УРОВНЕ ШТАТА: срок подачи заявления.** Если Вы хотите, чтобы органы штата пересмотрели наше решение по поводу Вашего покрытия Medicaid, Вы должны подать запрос на проведение объективного разбирательства в течение **60** дней с даты данного уведомления.

**Как запросить проведение объективного разбирательства:** Вы можете подать заявление о проведении объективного разбирательства в письменной форме, по телефону, лично или через интернет.

**Почта:** отправьте *заполненную* копию данного уведомления по адресу Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Сохраните копию настоящего уведомления.

**Телефон:** (800) 342-3334 *(ВО ВРЕМЯ ЗВОНКА ДЕРЖИТЕ ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ПОД РУКОЙ)*

**Факс:** отправьте копию этого уведомления по факсу на номер (518) 473-6735.

**Личная подача:** принесите копию настоящего уведомления в New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Управление временных пособий и пособий по инвалидности штата Нью-Йорк) по адресу  
◆ 5 Beaver Street, New York New York 10004

**Интернет:** заполните и отправьте форму запроса онлайн по адресу <https://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

Если Вы не можете связаться с органами штата по телефону или через интернет, подайте запрос на проведение объективного разбирательства в письменном виде до крайнего срока подачи заявления.

Я хочу, чтобы было проведено объективное разбирательство. Данное решение учреждения является неверным по следующим причинам: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия печатными буквами: \_\_\_\_\_ Номер дела: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Подпись клиента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**ВЫ МОЖЕТЕ ОБРАТИТЬСЯ С ЗАЯВЛЕНИЕМ О ПРОВЕДЕНИИ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА В ТЕЧЕНИЕ 60 ДНЕЙ С ДАТЫ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ.** Если Вы обратитесь с заявлением о проведении объективного разбирательства, органы власти штата вышлют Вам уведомление о времени и месте проведения такого разбирательства. Вы имеете право на представление ваших интересов юристом, родственником, знакомым или иным лицом либо можете выступать самостоятельно. В ходе разбирательства вы, ваш адвокат или другой представитель будут иметь возможность представить письменные и устные доказательства причин, по которым данное решение не должно быть вынесено, а также возможность опросить любых лиц, присутствующих на разбирательстве. Вы также имеете право вызвать свидетелей, которые выступят в поддержку ваших аргументов. Принесите на разбирательство все имеющиеся у вас документы, которые могут помочь в представлении вашего дела, например: настоящее уведомление, корешки чеков, квитанции, счета на оплату медицинских услуг, счета за отопление, медицинские справки, письма и т. д. Если Вам нужен переводчик, сообщите об этом органам штата в момент подачи запроса на проведение разбирательства.

**ПРОДОЛЖЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ.** Если Вы подаете запрос на проведение объективного разбирательства до даты вступления в силу, указанной в этом уведомлении, Вы будете получать льготы без изменений до вынесения решения по результатам объективного разбирательства. Однако если решение по результатам объективного разбирательства будет вынесено не в Вашу пользу, мы можем потребовать возмещения любых льгот в рамках программы Medicaid, которые Вы не должны были получать. Если Вы хотите избежать такой возможности, поставьте галочку возле приведенного ниже заявления, в котором указывается, что Вы отказываетесь от продолжения выплаты пособия, и отправьте эту страницу вместе со своим заявлением о проведении объективного разбирательства. Если Вы поставите отметку возле этого заявления, описанное выше действие будет принято в указанную выше дату вступления в силу.

Я соглашаюсь на принятие описанных в этом уведомлении мер в отношении моих льгот Medicaid до вынесения решения по результатам объективного разбирательства.

**ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ.** Если Вам нужна бесплатная юридическая помощь, Вы можете обратиться в местное общество Legal Aid Society (Общество юридической помощи) или в другую общественную группу юридической поддержки либо найти нужную информацию в разделе «Адвокаты» (Lawyers) телефонного справочника Yellow Pages.

**ВНИМАНИЕ!** Дети в возрасте до 19 лет, не соответствующие критериям участия в программе Medicaid или другой программе медицинского страхования, могут иметь право на участие в программе медицинского страхования для детей Child Health Plus. Эта программа обеспечивает медицинское страхование для детей. Для получения информации позвоните по номеру 1-800-698-4543.