

**AVISO DEL PAGO POR PARTE DE MEDICAID DE
LA PRIMA DE MEDICARE PARTE A O PARTE B**

FECHA:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/DEL CENTRO O DE LA OFICINA DEL DISTRITO		
NÚMERO DE CASO	NÚMERO DE CIN/RID			
NOMBRE DEL CASO (y nombre de la persona a quien va dirigida la correspondencia si estuviera presente) Y DIRECCIÓN				
			N.º DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____	
			<input type="radio"/> Reunión de la agencia _____ Información y asistencia para la audiencia imparcial _____ Acceso a los registros _____ Información de asistencia legal _____	
N.º DE OFICINA	N.º DE UNIDAD	N.º DE TRABAJADOR	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR	N.º DE TELÉFONO

Este Departamento:

CONTINUARÁ con el pago de las primas de Medicare Parte A o Parte B a partir del _____ para la persona de nombre _____, n.º de Id. de cliente _____

SUSPENDERÁ el pago de las primas de Medicare Parte A o Parte B a partir del _____ para la persona de nombre _____, n.º de Id. de cliente _____

Razón:

- Nuestros registros indican que esta persona ha fallecido.
- Nuestros registros indican que esta persona ya no es residente del estado de Nueva York.
- Esto se debe a que no es económico.
- No se pudo volver a certificar.

Nuestros registros indican que anteriormente cerramos su caso de Medicaid porque no se pudo volver a certificar. El pago de su prima de Medicare debió haber finalizado en el mismo momento en que se cerró su caso de Medicaid. Debido a un error de nuestra parte, esto no sucedió. Por lo tanto, ahora suspendemos el pago de su prima de Medicare.

Su caso de Medicaid ya no está activo.

Nuestros registros indican que anteriormente cerramos su caso de Medicaid porque sus ingresos o recursos eran muy altos. El pago de su prima de Medicare debió haber finalizado en el mismo momento. Debido a un error de nuestra parte, esto no sucedió. Por lo tanto, ahora suspendemos el pago de su prima de Medicare.

Otro _____

SE NECESITA MÁS INFORMACIÓN
No contamos con suficiente información actualizada para determinar si usted es elegible para el pago de la prima de Medicare. Si devuelve la "Solicitud para el Medicare Savings Program (Programa de Ahorros de Medicare)" adjunta en un plazo de 10 días, y determinamos que usted es elegible, continuaremos pagando su prima de Medicare.

El reglamento que nos permite hacer esto es la Sección 367-a(3)(d)(1) de la Social Services Law (Ley de Servicios Sociales).

LOS REGLAMENTOS REQUIEREN QUE USTED NOTIFIQUE DE INMEDIATO A ESTE DEPARTAMENTO CUALQUIER CAMBIO EN SUS NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, ARREGLOS DE VIVIENDA O DIRECCIÓN.

**USTED TIENE DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTE AVISO PARA SABER CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.**

REUNIÓN: (Reunión informal con nosotros): Si usted considera que la decisión que tomamos es incorrecta o si no entiende nuestra decisión, llámenos al 718-637-2426 o escribanos a HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201 para programar una reunión. A veces, esta es la forma más rápida de resolver cualquier problema que usted pueda tener. Le recomendamos que haga esto aun si solicita una audiencia imparcial. Esta no es la forma en que se solicita una audiencia imparcial. Si solicita una reunión, aún tiene derecho a una audiencia imparcial.

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y A COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarlo a prepararse para la audiencia, tiene derecho a ver el expediente de su caso. Si nos llama o escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de su expediente, las que le daremos al oficial de la audiencia en la audiencia imparcial. Además, si nos llama o escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted considere necesarios a fin de prepararse para su audiencia imparcial. Si nos llama o escribe, también pondremos a su disposición, sin costo alguno, los materiales de política específicos necesarios para que usted decida si desea solicitar una audiencia imparcial o para prepararse para la audiencia. Los materiales de política que pueden estar disponibles para usted incluyen documentos como: Directivas administrativas, mensajes del sistema de información general, cartas informativas, partes de la guía de referencia de Medicaid, boletines actualizados del Departamento de Salud sobre Medicaid y memorandos del comisionado local. Para solicitar documentos, puede llamarnos al 718-637-2426, enviarnos un fax al 917-639-9355 o escribirnos a: HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201. Si desea copias gratuitas de materiales de política específicos o de los documentos del expediente de su caso, pídaselas con anticipación. Estas se le proporcionarán dentro de un tiempo razonable, antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán por correo solo si específicamente lo solicita.

INFORMACIÓN: Si desea obtener más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo ver su expediente o cómo obtener copias adicionales de los documentos, llámenos al 718-637-2426.

AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO - Fecha límite de la solicitud: Si desea que el Estado revise nuestra decisión sobre Medicaid, debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de **60 días** a partir de la fecha de este aviso.

Cómo solicitar una audiencia imparcial: Puede solicitar una audiencia imparcial por escrito, por teléfono, en persona o por Internet.

Por escrito: envíe una copia de este aviso *completada* a Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conserve una copia para usted.

Teléfono: (800) 342-3334 (*DEBE TENER ESTE AVISO CON USTED CUANDO LLAME*).

Fax: envíe una copia de este aviso al número de fax (518) 473-6735.

En persona: lleve una copia de este aviso a la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados del Estado de Nueva York) en:

♦ 5 Beaver Street, New York, New York 10004

En línea: complete y envíe el formulario de solicitud en línea en: <https://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

Si no puede comunicarse con el Estado por teléfono ni por Internet, escriba para solicitar una audiencia imparcial antes de la fecha límite para realizar dicha solicitud.

Deseo una audiencia imparcial. La medida de esta agencia fue incorrecta porque: _____

Nombre en letra de molde: _____ Número de caso: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará un aviso en el que figurará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene derecho a que lo represente un abogado, un pariente, un amigo u otra persona, o puede representarse usted mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia por escrito y de forma oral para demostrar por qué no debe tomarse la medida, así como la oportunidad de interrogar a cualquier persona que comparezca en la audiencia. Además, usted tiene derecho a presentar testigos que declaren en su favor. Debe llevar a la audiencia cualquier documento, como este aviso, recibos de pago de salario, recibos, facturas médicas, facturas por servicios de calefacción, documentos de verificación médica, cartas, etc., que puedan ser útiles en la presentación de su caso. Si necesita un intérprete, infórmeselo al Estado cuando solicite la audiencia.

CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS: Si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada en vigencia mencionada en este aviso, continuará recibiendo sus beneficios sin cambios hasta que se emita la decisión sobre la audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde la audiencia imparcial, podemos recuperar el costo de los beneficios de Medicaid que no debería haber recibido. Si desea evitar esta posibilidad, marque la casilla de abajo para indicar que no desea que la ayuda continúe, y envíe esta página junto con su solicitud de audiencia. Si marca la casilla, la medida descrita anteriormente se tomará en la fecha de entrada en vigencia que figura más arriba.

Acepto que se tome la medida sobre mis beneficios de Medicaid, según se describe en este aviso, antes de la emisión de la decisión sobre la audiencia imparcial.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtener dicha asistencia al comunicarse con su Legal Aid Society (Sociedad de Ayuda Legal) local, con algún otro grupo de defensa legal, o buscar en las Yellow Pages (Páginas Amarillas), en "Lawyers" (Abogados).

ATENCIÓN: Los niños menores de 19 años que no son elegibles para recibir Medicaid u otro seguro de salud pueden ser elegibles para el seguro Child Health Plus. El plan proporciona seguro de atención médica para niños. Para obtener información, llame al 1-800-698-4543.