

### NOTIFICA DI PAGAMENTO MEDICAID DEL PREMIO MEDICARE PARTE A E/O PARTE B

DATA:		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE		
NUMERO DI PRATICA	NUMERO CIN/RID:			
NOME PRATICA (e generalità di chi offre domicilio, se presente) E INDIRIZZO				
N. TELEFONO GENERALE PER DOMANDE O ASSISTENZA _____				
<b>OPPURE</b> 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

Questo Dipartimento:

**CONTINUERÀ** il pagamento del premio Medicare  Parte A e/o  Parte B a decorrere da \_\_\_\_\_  
per il nominativo \_\_\_\_\_, n. ID cliente \_\_\_\_\_

**INTERROMPERÀ** il pagamento del premio Medicare  Parte A e/o  Parte B a decorrere da \_\_\_\_\_  
per il nominativo \_\_\_\_\_, n. ID cliente \_\_\_\_\_

Motivo:

- Dai nostri atti risulta che questa persona è deceduta.
- Dai nostri atti risulta che questa persona non è più residente nel New York State.
- Non sussiste la convenienza economica.
- Mancata ricertificazione.

Dai nostri atti risulta che abbiamo già chiuso il suo caso Medicaid per mancata ricertificazione. Il pagamento del premio Medicare dovrebbe essere terminato contemporaneamente alla chiusura del suo caso Medicaid. Quest'azione non è avvenuta a causa di un errore da parte nostra. Pertanto, procederemo ora all'interruzione del pagamento del suo premio Medicare.

Il suo caso Medicaid non è più attivo.

Dai nostri atti risulta che abbiamo già chiuso il suo caso Medicaid per il livello elevato del suo reddito o delle sue risorse. Il pagamento del premio Medicare dovrebbe essere terminato contemporaneamente. Quest'azione non è avvenuta a causa di un errore da parte nostra. Pertanto, procederemo ora all'interruzione del pagamento del suo premio Medicare.

Altro \_\_\_\_\_

**NECESSITÀ DI ULTERIORI INFORMAZIONI**  
Non disponiamo attualmente di informazioni sufficienti per stabilire la sua idoneità al pagamento del premio Medicare. Se restituirà la domanda di adesione al "Medicare Savings Program" entro 10 giorni e stabiliamo che lei è idoneo, continueremo il pagamento del suo premio Medicare.

La norma che ci conferisce questo potere è contenuta nella Sezione 367-a(3)(d)(1) della Social Services Law (Legge sui servizi sociali).

*LE NORME STABILISCONO CHE VENGANO COMUNICATE IMMEDIATAMENTE A QUESTO DIPARTIMENTO LE EVENTUALI MODIFICHE A ESIGENZE, REDDITO, RISORSE, 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.