

MEDICARE Part A 및/또는 Part B 보험료의 Medicaid 지급 혜택 통지

| | | | | |
|--------------------------------|------------|---|--------------|------|
| 일자: | | 기관/센터 또는 지역 사무실 이름 및 주소 | | |
| 케이스 번호 | CIN/RID 번호 | | | |
| 케이스 이름(C/O 이름 존재 시 함께 기재) 및 주소 | | | | |
| | | 문의 사항이 있거나 도움 필요 시 일반 전화번호 _____ | | |
| | | -또는- 기관 컨퍼런스 _____ 공청회 정보 및 지원 _____ | | |
| | | 기록 열람 _____ | | |
| | | 법률 지원 정보 _____ | | |
| 사무실 번호 | 부서 번호 | 복지사 번호 | 부서 또는 복지사 이름 | 전화번호 |

당 기관의 결정은 다음과 같습니다.

- 계속 진행** _____ 부터 이름 _____, 의뢰인 ID # _____ 에 대한 Medicare Part A 및/또는 Part B 보험료 지급을 계속 진행합니다.
- 중단** _____ 부터 이름 _____, 의뢰인 ID # _____ 에 대한 Medicare Part A 및/또는 Part B 보험료 지급을 중단합니다.

사유:

- 기록에 따르면 이 의뢰인은 사망하셨습니다.
- 기록에 따르면 이 의뢰인은 더 이상 New York State에 거주하지 않습니다.
- 비용 대비 효율적이지 않기 때문입니다.
- 재인증에 실패했습니다.

기록에 따르면 재인증에 실패했기에 이전에 귀하의 Medicaid 케이스를 종결했습니다. Medicare 보험료의 지급은 Medicaid 케이스가 종결된 같은 기간에 종료되었어야 합니다. 당 기관의 오류로 인해 당시에 종료 처리되지 않았습니다. 따라서 당 기관은 이제 귀하의 Medicare 보험료 지급을 중단합니다.

- 귀하의 Medicaid 케이스는 더 이상 유효하지 않습니다.

기록에 따르면 귀하의 소득 또는 재산이 너무 많아 이전에 귀하의 Medicaid 케이스를 종결했습니다. Medicare 보험료의 지급은 같은 기간에 종료되었어야 합니다. 당 기관의 오류로 인해 당시에 종료 처리되지 않았습니다. 따라서 당 기관은 이제 귀하의 Medicare 보험료 지급을 중단합니다.

- 기타 _____

- 추가 정보 필요**
현재 귀하에게 Medicare 보험료의 지급 혜택 자격이 있는지를 판단할 수 있는 정보가 부족합니다. 동봉된 "Medicare Savings Program Application(Medicare 절약 프로그램 신청서)"을 작성 후 10일 내에 회신하시고 당 기관에서 귀하에게 자격이 있다고 판단하면 귀하의 Medicare 보험료 지급을 계속 진행할 것입니다.

당 기관의 이러한 조치를 가능하게 하는 규정은 Social Services Law(사회 복지법) 섹션 367-a(3)(d)(1)입니다.

규정에 따라 필요 사항, 소득, 재산, 거주 형태 또는 주소에 변경이 있을 경우 당 기관에 즉시 알려야 합니다.

귀하는 본 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.
본 결정에 대한 이의 제기 방법은 본 통지서의 뒷면을 참조해 주십시오.

컨퍼런스: (당 기관과의 비공식 미팅): 당 기관의 결정이 잘못되었다고 생각하거나 이러한 결정에 대해 이해할 수 없는 경우 718-637-2426번으로 전화를 걸거나 HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201로 서한을 보내 미팅을 요청하십시오. 이는 귀하의 문제를 해결하기 위한 가장 빠른 방법이 될 수 있습니다. 공청회를 요청할 때에도 이렇게 하는 것이 좋습니다. 이는 공청회를 요청하는 방법과 다릅니다. 컨퍼런스를 요청해도 공청회 자격은 여전히 유지됩니다.

본인의 파일과 서류 사본에 대한 접근: 귀하의 공청회 준비를 위해 귀하의 케이스에 관한 파일을 열람할 권리가 있습니다. 전화 또는 서면으로 요청하시면, 당국이 공청회 때 담당 사무관에게 제출할 서류 중 귀하의 파일에 포함된 서류 사본을 무료로 발송해 드립니다. 또한, 전화 또는 서면으로 요청하시면 공청회 준비에 필요한 기타 서류를 귀하의 파일에서 찾아 무료로 복사 및 발송해 드립니다. 전화 또는 서면으로 요청하시면, 공청회를 요청할지 심리를 준비할지에 대해 결정하는 데 필요한 정책 자료를 무료로 제공해 드릴 수도 있습니다. 귀하에게 제공 가능할 수 있는 정책 자료에는 행정 명령, 일반 정보 시스템 메시지, 정보 서신, 일부 Medicaid 참조 안내서, Department of Health(보건부) Medicaid 업데이트 뉴스레터, 지역 위원회 제안서 등과 같은 문서가 포함됩니다. 문서를 요청하려면 당 기관에 718-637-2426번으로 전화하거나 917-639-9355번으로 팩스를 보내거나 HRA Division of Fair Hearing, 250 Livingston Street, 6th Floor, Brooklyn, New York 11201로 서신을 보내실 수 있습니다. 귀하의 케이스 파일에 포함된 특정 정책 자료나 서류의 무료 사본을 원하는 경우, 미리 요청하셔야 합니다. 요청하신 사본은 심리 전 합당한 시일 내에 제공될 것입니다. 우편 발송을 별도로 요청하시는 경우에만 서류를 우편으로 보내드립니다.

정보: 귀하의 케이스, 공청회 요청 방법, 파일을 보는 방법 또는 문서의 추가 사본을 받는 방법에 대한 자세한 정보를 원하시면 당 기관에 718-637-2426번으로 전화하십시오.

주 공청회 - 요청 마감 기한: 주에서 귀하의 Medicaid에 대한 당 기관의 결정을 검토하길 원하는 경우 본 통지서 일자로부터 **60일** 내에 공청회를 요청해야 합니다.

공청회 요청 방법: 우편, 전화, 직접 방문 또는 인터넷을 통해 공청회를 요청할 수 있습니다.

우편: 본 통지서에 작성한 후 사본을 Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201로 보내십시오. (사본을 보관하십시오.)

전화: (800) 342-3334번으로 전화하십시오(*통화 시 본 통지서를 지참하십시오*).

팩스: 팩스 번호 (518) 473-6735로 본 통지서 사본을 보내십시오.

직접 방문: 본 통지서 사본을 지참하고 New York State Office of Temporary and Disability Assistance(임시 및 영구 장애 보조국)로 방문하십시오. 주소는 다음과 같습니다.

◆ 5 Beaver Street, New York, New York 10004

온라인: 다음에서 온라인 요청서를 작성하여 보내십시오. <https://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>

전화 또는 인터넷을 통해 주에 연락할 수 없는 경우 공청회 요청 마감 기한 전에 공청회 요청을 서면으로 작성해주십시오.

공청회를 요청합니다. 귀 기관의 결정이 잘못되었으며 그 이유는 다음과 같습니다. _____

이름(정자체): _____ 케이스 번호 _____

주소: _____ 전화번호: _____

의뢰인 서명: _____ 일자: _____

본 통지서 일자로부터 60일 이내에 공청회를 요청하셔야 합니다. 공청회를 요청하는 경우, 주에서 공청회 시간과 장소를 서면 공지드릴 것입니다. 귀하에게는 법률 고문, 친척, 친구 또는 다른 사람으로부터 변호를 받거나 스스로를 변호할 권리가 있습니다. 공청회에서 귀하의 변호사 또는 기타 대리인은 최초 결정에 따른 조치가 취해져서는 안 되는 이유를 보여주는 서면 또는 구술 증거를 제시하며, 공청회에 참석한 모든 사람에게 질문할 기회가 주어집니다. 또한, 귀하는 귀하의 편에서 이야기할 입회인을 동반할 권리가 있습니다. 본 통지서, 급여 명세서, 영수증, 의료 청구서, 난방비 청구서, 의료 확인서, 서신 등, 케이스 결정 심의에 도움이 될 만한 모든 서류를 공청회에 지참하십시오. 통역사가 필요한 경우 공청회를 요청할 때 주에 알려주십시오.

혜택의 지속 방법: 본 통지서에 명시된 발효일 전에 공청회를 요청하는 경우 공청회 결정이 내려지기 전까지 혜택을 변경 없이 받으실 수 있습니다. 그러나 귀하가 공청회에서 패하게 되면 당 기관은 귀하가 받지 않았어야 할 모든 Medicaid 혜택의 비용을 회수할 수 있습니다. 이러한 가능성을 피하려면 계속 보조를 받기를 원하지 않는다고 아래 확인란에 체크 표시를 한 다음 이 페이지를 공청회 요청서와 함께 보내주십시오. 확인란에 체크 표시를 하시면 위에 설명된 조치가 상기 발효일에 진행됩니다.

본인은 공청회 결정이 내려지기 전에 본 통지서에 설명된 바에 따라 제 Medicaid 혜택에 대한 조치가 취해지는데 동의합니다.

법률 지원: 무료 법률 지원이 필요하신 경우, 귀하가 속한 지역의 Legal Aid Society(법률 지원 협회) 또는 기타 법률 옹호 단체에 연락하거나 전화번호부의 "Lawyers(변호사)"란을 참조해 연락하여 해당 지원을 받으실 수 있을 것입니다.

주의: Medicaid 또는 기타 건강 보험 자격이 없는 19세 미만 아동은 Child Health Plus 보험 플랜에 자격이 있을 수 있습니다. 본 플랜은 아동을 위한 건강 관리 보험을 제공합니다. 자세한 정보는 1-800-698-4543번으로 문의하십시오.