

Data della comunicazione: _____

Numero CIN: _____

ASSISTITO (MINORE)

Nome: _____

Data di nascita (mm/gg/aaaa): _____

C/O GENITORE/TUTORE LEGALE/RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO, SE DEL CASO

Nome: _____

AGENZIA DI GESTIONE ASSISTENZIALE/CASA DELLA SALUTE

Nome: _____

Indirizzo: _____

Numero di telefono: _____

La presente per informare che a partire da _____ questa agenzia _____
Data Nome dell'Agenzia di gestione assistenziale/
Casa della salute

☐ **Ha approvato la domanda dell'assistito di usufruire dei Servizi domiciliari e comunitari (Home and Community Based Services, HCBS) sulla base dei criteri di idoneità della Deroga per minori 1915(c)**

- ☐ L'assistito è stato ritenuto idoneo ad usufruire della Deroga per minori, per cui le prestazioni HCBS possono avere inizio. Tenere presente che l'idoneità HCBS è valida per un anno. Per mantenere le prestazioni HCBS dev'essere effettuata una nuova Revisione dell'idoneità HCBS prima del: _____
Data

- ☐ L'assistito è stato ritenuto idoneo ad usufruire della Deroga per minori ma - in assenza di posti disponibili - è stato inserito in una lista d'attesa.

La presente per informare che a partire da _____ questa agenzia _____
Data Nome dell'Agenzia di gestione assistenziale/
Casa della salute

☐ **Ha rifiutato la domanda dell'assistito di usufruire dei Servizi domiciliari e comunitari (HCBS) sulla base dei criteri di idoneità della Deroga per minori 1915(c).** L'assistito non soddisfa i criteri di idoneità necessari per la concessione della Deroga per minori per i seguenti motivi:

- ☐ L'assistito non soddisfa i criteri di Livello di assistenza (Level of Care) in termini di obiettivi, rischi e requisiti funzionali necessari per beneficiare della deroga a seguito di una Revisione dell'idoneità HCBS che ha avuto esito negativo.
- ☐ L'assistito ha compiuto 21 anni.
- ☐ L'assistito beneficia delle prestazioni HCBS erogate da un altro ente HCBS (ad es., Ufficio per le persone con disabilità dello sviluppo (Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) o Assistenza gestita a lungo termine (Managed Long-Term Care, MLTC)).
- ☐ L'assistito ha ricevuto assistenza ospedaliera per più di 90 giorni (ad es., in strutture di trattamento residenziale, case di cura, ospedali etc.)
- ☐ Altro _____

La decisione si basa sulla Facoltà NY 4125 della Deroga per minori HCBS e di 42 CFR 441.302(c) e sulla Legge sui servizi sociali (Social Services Law) 366(6), 366(7), 366(9) o 366(12).

Firma del rappresentante della Casa della salute: _____

Se non è d'accordo con questa decisione l'assistito può chiedere un colloquio o un'udienza in contraddittorio o entrambe le cose. Le informazioni su come chiedere un colloquio e/o un'udienza in contraddittorio sono riportate sul retro della presente comunicazione.

DIRITTO AD UN COLLOQUIO

L'assistito può avere diritto ad un colloquio per il riesame della decisione. In tal caso, l'assistito può chiedere il colloquio quanto prima possibile. Qualora, durante il colloquio, dovessimo renderci conto di aver preso una decisione sbagliata o se, grazie alle informazioni fornite, decidessimo di cambiarla, provvederemo a rettificarla e invieremo una nuova comunicazione. L'assistito può chiedere un colloquio telefonando al numero indicato nella prima pagina della presente comunicazione, o inviando una richiesta scritta all'indirizzo indicato. Questo numero può essere utilizzato solo per chiedere un colloquio **e non un'udienza in contraddittorio**. Se l'assistito chiede un colloquio ha comunque diritto a un'udienza in contraddittorio. Se desidera che le prestazioni rimangano invariate (mantenimento delle prestazioni) fino all'esito dell'udienza in contraddittorio, l'assistito deve chiedere un'udienza in contraddittorio secondo le modalità sottoindicate. Le informazioni sull'udienza in contraddittorio sono riportate qui di seguito.

DIRITTO A UN'UDIENZA IN CONTRADDITTORIO

Se ritiene che la decisione di cui sopra sia ingiusta l'assistito può chiedere un'udienza in contraddittorio allo Stato, con le modalità sottoindicate:

- 1. Telefono:** L'assistito può chiamare il numero verde attivo in tutto lo Stato: 800-342-3334
(quando effettua la chiamata l'assistito deve avere a portata di mano la presente comunicazione); **OPPURE**
- 2. Fax:** Inviare una copia della presente comunicazione al numero di fax (518) 473-6735; **OPPURE**
- 3. Online:** Compilare e inviare il modulo di richiesta online a: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **OPPURE**
- 4. Posta:** Inviare una copia della presente comunicazione compilata alla Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. L'assistito deve conservarne una copia.
- 5. Di persona (Città di New York):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street,
New York, New York 10004
- Di persona (Albany):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201
- 6. Persone con difficoltà di parola e ipoudenti:** Contattare il New York Relay Service al 711 o al numero 1-800-622-1220. Chiedere all'operatore di chiamare il numero 877-502-6155. Questo numero vale solo per assistiti che utilizzano apparecchiature TDD.

☐ Desidero un'udienza in contraddittorio.

La decisione dell'agenzia non è giusta perché _____

L'ASSISTITO HA 60 GIORNI DALLA DATA DELLA PRESENTE COMUNICAZIONE PER CHIEDERE UN'UDIENZA IN CONTRADDITTORIO

Se l'assistito chiede un'udienza in contraddittorio lo Stato gli invierà una comunicazione con la data e il luogo dell'udienza. L'assistito ha diritto a farsi rappresentare da un consulente legale, un parente, un amico o altra persona, o può intervenire personalmente. Nel corso dell'udienza l'assistito, il suo legale o altro rappresentante avranno l'opportunità di presentare prove scritte e verbali per dimostrare perché la decisione dovrebbe essere rigettata, e potranno anche interrogare qualsiasi persona presente all'udienza. Inoltre, l'assistito ha il diritto di portare un testimone a favore. L'assistito deve portare all'udienza tutti i documenti, come la presente comunicazione, le buste paga, le ricevute, le spese mediche, le bollette del riscaldamento, i referti medici, le lettere dei medici etc. che possono essere utili per l'esposizione del caso.

ASSISTENZA LEGALE

Per ricevere assistenza legale su questo aspetto, l'assistito può chiedere il gratuito patrocinio rivolgendosi all'apposito ufficio (Legal Aid Society) di zona o a uno studio legale associato. Per trovare l'ufficio o lo studio legale associato più vicini cercare sulle pagine gialle sotto la voce "Lawyers" (Avvocati) o chiamare il numero indicato nella prima pagina della presente comunicazione.

ACCESSO AGLI ATTI E A COPIE DEI DOCUMENTI

Per prepararsi all'udienza l'assistito ha diritto all'accesso agli atti. Se si rivolge a noi per telefono o per iscritto gli possiamo inviare copie gratuite dei documenti depositati agli atti, che consegneremo al responsabile dell'udienza in occasione dell'udienza in contraddittorio. Con la stessa modalità possiamo inviare gratuitamente all'assistito copie di altri documenti specifici depositati agli atti, che dovesse ritenere necessari per prepararsi all'udienza in contraddittorio. Inoltre possiamo mettere gratuitamente a sua disposizione anche la documentazione necessaria per decidere se chiedere un'udienza in contraddittorio o per prepararsi all'udienza. La documentazione che può essere messa a disposizione dell'assistito comprende, tra l'altro: circolari amministrative, messaggi del Sistema informatico generale, lettere informative, sezioni della Guida di riferimento Medicaid, newsletter di aggiornamento Medicaid del Dipartimento della salute (Department of Health) e rapporti dei funzionari locali. Per chiedere la documentazione o altri documenti specifici o per sapere come poter accedere agli atti, l'assistito deve telefonare al numero di Accesso alla documentazione o scrivere all'indirizzo riportati in alto sulla prima pagina della presente comunicazione. L'assistito deve chiedere in anticipo copie della documentazione o di altri documenti specifici relativi agli atti che lo riguardano, in modo da ottenerli in tempi ragionevoli prima della data dell'udienza. I documenti verranno inviati per posta solo nel caso in cui sia richiesta specificamente tale modalità.

INFORMAZIONI

Per ulteriori informazioni sul fascicolo, sulle modalità per chiedere un'udienza in contraddittorio, per accedere agli atti o ricevere altre copie di documenti, l'assistito può telefonare ai numeri o scrivere all'indirizzo indicati in alto nella pagina 2 della presente comunicazione.

Nome in stampatello: _____

Numero di identificazione del cliente (Client Identification Number, CIN): _____

Indirizzo: _____

Numero di telefono: _____

Firma: _____ Data: _____