

通知日: _____

CIN番号: _____

メンバー (児童/若年者)

名前: _____

生年月日 (月/日/年): _____

親/保護者/法的に承認された代理人 (該当する場合)

名前: _____

ケア管理機関/ヘルスホーム

名前: _____

住所: _____

電話番号: _____

今回、_____ 付けにて右記機関 _____ による下記の決定をお知らせします。
日付 ケア管理機関名/ヘルスホーム名

□ 1915(c)児童免除の適格性基準に基づき、在宅および地域ベースのサービス (Home and Community Based Services, HCBS) への申請が承認されました。

□ あなたは児童免除プログラムの対象と判定され、HCBSの各サービスの利用を開始することができます。HCBSの利用資格は1年間有効です。HCBSのサービス利用を継続するために、次の日付までに新しいHCBS適格性判定を完了している必要があります: _____。
日付

□ あなたは児童免除プログラムの対象と判定されましたが、利用者枠に空きが出るまでの待機リストに登録されています。

今回、_____ 付けにて右記機関 _____ による下記の決定をお知らせします。
日付 ケア管理機関名/ヘルスホーム名

□ 1915(c)児童免除の適格性基準に基づき、在宅および地域ベースのサービス (HCBS) への申請は却下されました。
以下の理由により、あなたは児童免除プログラムへの登録に必要な適格性基準を満たしていないことが判断されました:

- 免除申請に必要な、対象 (Target)、リスク (Risk)、機能の (Functional) 条件であるケアレベル (Level of Care) 基準を満たしていないため。
- 現在21歳以上であるため。
- 他のHCBS制度 (例えば、発達障害者支援局 (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) やマネージド・ロングターム・ケア (Managed Long-Term Care, MLTC) など) からHCBSのサービスを受けているため。
- 入院施設 (居住型治療施設、介護施設、病院など) に 90日以上滞在することが予想されるため。
- その他 _____

この措置は、ニューヨーク州HCBS児童免除局判例 (Children's Waiver Authority NY) 4125、連邦規則集第42編第441.302(c)、社会福祉法 (Social Services Law) 第366条(6)、第366条(7)、第366条(9)、または第366条(12)に基づいて行われるものです。

ヘルスホーム代表者の署名: _____

この決定に同意しない場合は、カンファレンス、公正なヒアリング、またはその両方を請求することができます。
カンファレンスおよび/または公正なヒアリングの請求方法については、この通知の裏面をお読みください。

カンファレンスを求める権利

これらの措置について確認するためカンファレンスを実施することができます。カンファレンスを希望する場合は、できるだけ早く請求する必要があります。カンファレンスで当方の決定が誤りであると判断された場合、またはあなたから提供された情報に基づいて決定を変更する必要があると判断された場合、私たちは是正措置を講じ、新たな通知をお送りします。カンファレンスの開催を希望する場合は、本通知の最初のページに記載されている電話番号までお電話いただくか、本通知の最初のページの上部に記載されている住所まで書面による要請をお送りください。この電話番号は、カンファレンスの要請のみに使用できます。**これは公正なヒアリングの要請を行うための方法ではありません。**カンファレンスを申し込んだ場合も、公正なヒアリングを受ける権利があります。公正なヒアリングの決定が出るまで、給付金の受給を継続したい（援助を継続して受けたい）場合、以下の方法で公正なヒアリングを請求する必要があります。公正なヒアリングに関する情報は以下をご覧ください。

公正なヒアリングを受ける権利

上記の措置が不適切であると思われる場合は、以下の方法で州の公正なヒアリング（State Fair Hearing）を請求することができます。

1. **電話番号：**州全土で利用できる次のフリーダイヤルにお電話ください：800-342-3334
（お電話の際は**この通知書をお手元にご用意ください**）、または
2. **FAX：**この通知のコピーを次のFAX番号にお送りください。(518) 473-6735、または
3. **オンライン：**オンライン請求フォームに必要事項を記入の上、下記まで送信してください。
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>、または
4. **郵送：**必要事項を記入したこの通知のコピーを、Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201まで送付してください。コピー1部をご自身用に保管してください。
5. **来所する（ニューヨーク市）：**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street,
New York, New York 10004
- 来所する（アルバニー市）：**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201
6. **言語および聴覚障害のある方：**ニューヨーク・リレーサービス（711または1-800-622-1220）までご連絡ください。オペレーターに877-502-6155にかけよう依頼してください。この番号でのサービスは、TDD機器をご利用の発信者のみに提供されます。

☐ 公正なヒアリングを希望します。

当該機関による措置は、次の理由で不適切です _____

この通知の日付から60日以内に公正なヒアリングを請求してください。

公正なヒアリングを請求した場合、州はヒアリングの日時と場所をお知らせする通知を送付します。あなたは、弁護士、親族、友人、その他の代理人に代理を依頼するか、自ら主張をする権利を有します。ヒアリングにおいて、あなた、あなたの弁護士、またはその他の代理人は、当該措置が取られるべきでない理由を示す書面および口頭で証拠を提示する機会、ならびにヒアリングに出席した者に対し質問する機会が与えられます。またあなたには、あなたのための証言をする証人を呼ぶ権利もあります。ヒアリングには、この通知、給与明細書、領収書、医療費、暖房費、診断書、医師の診断書など、ご自身の主張を裏付ける書類をご持参ください。

法的な支援

無料の法的支援が必要な方は、お近くの法律扶助協会またはその他の法律支援団体（Legal Aid Society）にご連絡いただくことにより支援を受けられる場合があります。最寄りの法律扶助協会または法律支援団体は、イエローページの「Lawyers（弁護士）」欄でご確認いただくか、この通知の最初のページに記載されている電話番号にお電話いただくことで見つけることができます。

あなたのファイルおよび書類のコピーへのアクセス

ヒアリングへの準備をするために、あなたにはご自身のケースファイルを閲覧する権利があります。お電話または書面でご連絡いただければ、公正なヒアリングの際に審問官に渡すファイルに含まれる書類のコピーを無料でご提供します。また、お電話または書面でご連絡いただければ、公正なヒアリングへの準備に必要なと思われるその他の書類のコピーも無料でご提供します。お電話または書面でご連絡いただければ、公正なヒアリングを請求するかどうか、あるいはヒアリングの準備に必要な具体的な政策関連資料も無料でご提供します。ご利用可能な政策関連資料には、以下の文書が含まれます。行政指令（Administrative Directives）、一般情報システム（General Information System, GIS）メッセージ、情報レター（Informational Letters）、Medicaidリファレンスガイド（Medicaid Reference Guide）の一部、保健局Medicaid関連最新情報（Department of Health Medicaid Update）のニュースレター、地域コミッショナーメモ（Local Commissioner Memorandums）特定の政策関連資料や文書のご請求、またはご自身のファイルの閲覧方法については、本通知の表紙上部に記載されている記録アクセス（Record Access）用電話番号までお電話いただくか、本通知の表紙上部に記載されている住所まで書面でご連絡ください。ご自身のケースファイルからの特定の政策関連資料または文書の無料コピーを希望する場合は、前もってお早めに請求してください。これらは、ヒアリング日の前に、妥当な期間内に提供されます。書類は、郵送の希望を明示の上依頼された場合にのみ郵送されます。

インフォメーション

ご自身のケースに関する詳細情報、公正なヒアリングの請求方法、ファイルの閲覧方法、または文書の追加コピーの入手方法については、この通知の2ページ上部に記載されている電話番号までお電話いただくか、この通知の2ページ上部に記載されている住所まで書面でご連絡ください。

氏名（活字体）： _____

クライアント識別番号（Client Identification Number, CIN）： _____

住所： _____

電話番号： _____

署名： _____ 日付： _____