

통지일: _____

CIN 번호: _____

가입자(아동/청소년)

이름: _____

생년월일(월월/일일/년년년년): _____

수신: 부모/보호자/법적 권한 대리인(있는 경우)

이름: _____

케어 관리 기관/헬스 홈

이름: _____

주소: _____

전화번호: _____

본 통지를 통해 _____ 부로 당 기관 _____ 은(는) 다음 조치를 하였음을 안내하는
바입니다. 날짜 케어 관리 기관/헬스 홈(Health Home) 이름

□ 1915(c) 아동 면제 프로그램의 자격 기준에 따라 가정 및 지역사회 기반 서비스(Home and Community Based Services, HCBS) 신청이 승인되었습니다.

□ 귀하는 아동 면제 프로그램 자격이 있는 것으로 확인되었으며 HCBS 서비스 이용을 시작할 수 있습니다. HCBS 자격은 1년간 유효함을 참고하시기 바랍니다. HCBS 서비스를 계속 받으려면 다음 날짜 이전에 새로운 HCBS 자격 결정이 완료되어야 합니다. _____ .
날짜

□ 귀하는 아동 면제 프로그램 자격이 있는 것으로 확인되었으나, 대기자 명단에 등록되었습니다.

본 통지를 통해 _____ 부로 당 기관 _____ 은(는) 다음 조치를 하였음을 안내하는
바입니다. 날짜 케어 관리 기관/헬스 홈(Health Home) 이름

□ 1915(c) 아동 면제 프로그램의 자격 기준에 따라 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 신청이 거부되었습니다.

귀하는 다음과 같은 이유로 아동 면제 프로그램 등록에 필요한 자격 기준을 충족하지 않습니다.

□ 귀하는 면제 프로그램 등록에 필요한 대상, 위험 및 기능 요건의 케어 수준 기준을 충족하지 않습니다.

□ 귀하는 21세 초과입니다.

□ 귀하는 다른 HCBS 시스템(예: 발달장애인 사무국(Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) 또는 관리형 장기 케어(Managed Long-Term Care, MLTC))에서 HCBS 서비스를 받고 있습니다.

□ 귀하는 입원 환경(예: 주거 치료 시설, 요양원, 병원 등)에서 90일 이상 거주할 것으로 예상됩니다.

□ 기타 _____

이 조치는 HCBS 아동 면제 프로그램 권한 NY 4125 및 42 CFR 441.302(c)와 사회서비스법 366(6), 366(7), 366(9) 또는 366(12)에 따라 취해집니다.

헬스 홈 대표자 서명: _____

이 결정에 동의하지 않을 경우, 컨퍼런스, 공정 심리 또는 둘 다를 요청할 수 있습니다.
컨퍼런스 및/또는 공정 심리를 요청하는 방법은 이 통지서의 뒷면을 참조하십시오.

컨퍼런스에 관한 권리

귀하는 이러한 조치를 검토하기 위한 컨퍼런스를 가질 수 있습니다. 컨퍼런스를 원하시면 가능한 빨리 요청하셔야 합니다. 컨퍼런스에서 당국이 잘못된 결정을 내렸음을 확인하거나 귀하가 제공한 정보로 인해 결정을 변경하기로 판단한 경우, 당국은 시정 조치를 취하고 새로운 통지서를 드릴 것입니다. 귀하는 이 통지서 첫 페이지에 있는 번호로 전화하거나 이 통지서 첫 페이지 상단에 있는 주소로 서면 요청을 보내 컨퍼런스를 요청할 수 있습니다. 이 번호는 컨퍼런스를 요청하는 데만 사용됩니다. **이 정보는 공정 심리를 요청하는 방법이 아닙니다.** 컨퍼런스를 요청하더라도 여전히 공정 심리를 받을 권리가 있습니다. 공정 심리 결정을 받을 때까지 혜택을 변경 없이 계속 받기를 원하시면(지원 유지) 아래에 설명된 방법으로 공정 심리를 요청해야 합니다. 공정 심리 정보는 아래를 참조하십시오.

공정 심리에 관한 권리

위의 조치가 잘못되었다고 생각하시면 다음 방법으로 주 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

- 1. 전화:** 주 전역 수신자 부담 번호 800-342-3334번으로 전화할 수 있습니다.
(전화할 때 이 통지서를 준비해 두십시오). 또는
- 2. 팩스:** 이 통지서 사본을 팩스 번호 (518) 473-6735번으로 보내십시오. 또는
- 3. 온라인:** <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp> 웹사이트에서 온라인 요청 양식을 작성하여 보내십시오. 또는
- 4. 우편:** 이 통지서 사본을 작성하여 Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201로 보내십시오. 사본을 보관하십시오.
- 5. 직접 방문(뉴욕시):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street,
New York, New York 10004
- 직접 방문(올버니):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201
- 6. 언어 및 청각 장애인:** 뉴욕 릴레이 서비스(New York Relay Service) 711 또는 1-800-622-1220으로 연락하십시오. 교환원에게 877-502-6155로 연결해달라고 요청하십시오. 이 번호의 서비스는 TDD 장비를 사용하는 발신자에게만 제공됩니다.

☐ 공정 심리를 원합니다.

기관의 조치가 잘못된 이유 _____

이 통지서 날짜로부터 60일 이내에 공정 심리를 요청해야 합니다

공정 심리를 요청하면 주에서 심리 시간과 장소를 알리는 통지서를 보내드릴 것입니다. 귀하는 법률 고문, 친척, 친구 또는 다른 사람을 대리인으로 세울 권리가 있으며, 본인이 직접 변호를 할 수도 있습니다. 심리에서 귀하, 귀하의 변호사 또는 다른 대리인은 해당 조치가 취해지지 않아야 하는 이유를 입증하기 위해 서면 및 구두 증거를 제시할 기회와 심리에 출석한 사람들에게 질문할 기회를 갖게 됩니다. 또한 귀하를 위해 증언할 증인을 데려올 권리가 있습니다. 본 통지서, 급여 명세서, 영수증, 의료비 청구서, 난방비 청구서, 의료 확인서, 의사 서신 등 귀하의 사례를 제시하는 데 도움이 될 수 있는 모든 문서를 심리에 가져와야 합니다.

법률 지원

무료 법률 지원이 필요한 경우, 지역 법률 구조 협회 또는 기타 법률 옹호 단체에 연락하여 그러한 지원을 받을 수 있습니다. Yellow Pages의 “Lawyers”(변호사) 항목 아래를 확인하거나 이 통지서 첫 페이지에 표시된 번호로 전화하여 가장 가까운 법률 구조 협회 또는 옹호 단체를 찾을 수 있습니다.

파일 접근 및 문서 사본

심리 준비를 위해 귀하는 사례 파일을 볼 권리가 있습니다. 전화나 서면으로 요청하시면, 당국이 공정 심리에서 심리 담당관에게 제공할 파일의 문서 사본을 귀하께도 무료로 제공해 드립니다. 공정 심리 준비에 필요하다고 생각하시는 파일 내 다른 문서 사본을 전화나 서면으로 요청하시면, 역시 무료로 제공해 드립니다. 전화나 서면으로 요청하시면, 공정 심리 요청 여부를 결정하는 데 또는 청문회를 준비하는 데 필요한 특정 정책 자료도 무료로 제공해 드립니다. 귀하가 이용할 수 있는 정책 자료에는 행정 지침, 일반 정보 시스템 메시지, 정보 서신, Medicaid 참조 가이드 일부, 보건부 Medicaid 업데이트 뉴스레터 및 지역 위원회 메모와 같은 문서가 포함됩니다. 특정 정책 자료, 문서를 요청하거나 파일을 확인하는 방법을 알아보려면 이 통지서 앞면 상단에 있는 기록 접근 전화번호로 전화하거나 이 통지서 앞면 상단에 있는 주소로 문의해 주십시오. 사례 파일에서 특정 정책 자료나 문서의 무료 사본을 원하시면 미리 요청하셔야 합니다. 청문회 날짜 이전에 합리적인 시간 내에 제공될 것입니다. 문서는 특별히 우편 발송을 요청한 경우에만 우편으로 발송됩니다.

정보

사례에 대한 더 많은 정보, 공정 심리 요청 방법, 파일 확인 방법 또는 추가 문서 사본을 얻는 방법에 대해 알고 싶으시면 이 통지서 2페이지 상단에 있는 전화번호로 전화하시거나 이 통지서 2페이지 상단에 있는 주소로 문의해 주십시오.

이름(정자체 기입): _____

고객 식별 번호(Client Identification Number, CIN): _____

주소: _____

전화번호: _____

서명: _____ 날짜: _____