

إشعار بقرار إيقاف التسجيل في برنامج إعفاء الأطفال بموجب
المادة 1915(ج) من قانون ولاية نيويورك (Notice of Decision For)
(Discontinuance in New York State 1915(c) Children's Waiver

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Home and Community Based Services (HCBS)

تاريخ الإشعار: _____ رقم تعريف العميل (CIN): _____

العضو (طفل / شاب)

الاسم: _____ تاريخ الميلاد (سنة / يوم / شهر): _____

عناية الوالدة(ة) / ولي(ة) الأمر / الممثل المفوض قانونيًا، إن وُجد

الاسم: _____

وكالة إدارة الحالة / المنزل الصحي

الاسم: _____

العنوان: _____

الهاتف: _____

يُفيد هذا الإشعار بأنه اعتبارًا من تاريخ _____ ، فإن هذه الوكالة _____
اسم وكالة إدارة الحالة / المنزل الصحي التاريخ

□ أوقفت تسجيلك في الخدمات المنزلية والمجتمعية (Home and Community Based Services, HCBS) في برنامج إعفاء الأطفال بموجب المادة 1915(ج)

سيوقف تسجيلك في برنامج الإعفاء والوصول إلى الخدمات المنزلية والمجتمعية اعتبارًا من تاريخ السريان المذكور أعلاه نظرًا إلى السبب (الأسباب) التالي:

- لم تعد تستوفي معايير مستوى الرعاية (Level of Care, LOC) من حيث متطلبات الهدف والمخاطر والوظائف اللازمة للتسجيل في برنامج الإعفاء، استنادًا إلى تحديد أهلية الخدمات المنزلية والمجتمعية المكتمل والذي يشير إلى نتيجة غير مؤهلة.
- لم تقدم المستندات المطلوبة لتحديد الأهلية خلال الإطار الزمني الإلزامي وفقًا للقسم 360 من الباب 18 من قواعد وقوانين ولوائح ولاية نيويورك (New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR)، ولم تعد مؤهلًا لبرنامج إعفاء الأطفال للخدمات المنزلية والمجتمعية.
- لقد بلغت 21 عامًا من عمرك.
- تتلقى الخدمات المنزلية والمجتمعية حاليًا من نظام آخر تابع للخدمات المنزلية والمجتمعية (على سبيل المثال، مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقات التنموية (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) أو الرعاية المُدارة الطويلة الأمد (Managed Long-Term Care, MLTC)).
- تلقيت رعاية في منشأة علاجية لمدة أكثر من 90 يومًا (على سبيل المثال، منشأة للصحة النفسية، أو دار رعاية، أو مستشفى، أو ما إلى ذلك).
- إيداعك في السجن حاليًا.
- غير ذلك

تم اتخاذ هذا الإجراء بموجب سلطة إعفاء الأطفال للخدمات المنزلية والمجتمعية NY 4125، وبموجب الباب 42، المادة 441.302(ج) من قانون اللوائح الفيدرالية (Code of Federal Regulations, CFR)، والمادة 366(6) أو 366(7)، أو 366(9)، أو 366(12) من قانون الخدمات الاجتماعية.

توقيع ممثل المنزل الصحي: _____

إذا كنت لا توافق على هذا القرار، فيمكنك طلب عقد اجتماع أو جلسة استماع عادلة، أو كليهما.
يرجى الاطلاع على الجزء الخلفي من هذا الإشعار لمعرفة كيفية طلب عقد اجتماع و/أو جلسة استماع عادلة.

حق المطالبة بعقد اجتماع

يمكنك المطالبة بعقد اجتماع لمراجعة هذه الإجراءات. وإذا كنت ترغب في عقد اجتماع، فإنه يجب عليك طلبه في أقرب وقت ممكن. في أثناء انعقاد الاجتماع، إذا تبين لنا أننا اتخذنا قرارًا خطأ أو إذا قررنا تغيير قرارنا بسبب المعلومات التي تقدمها، فسننخذ إجراءً تصحيحيًا وسنرسل إليك إشعارًا جديدًا. فضلًا عن ذلك، يمكنك المطالبة بعقد اجتماع عن طريق الاتصال بنا على الرقم المدرج في الصفحة الأولى من هذا الإشعار، أو عن طريق إرسال طلب كتابي إلينا على العنوان المدرج أعلى الصفحة الأولى من هذا الإشعار. يُستخدم هذا الرقم لطلب عقد الاجتماعات فقط. ولا يُستخدم لطلب جلسات الاستماع العادلة. إذا طلبت عقد اجتماع، فلا يزال لديك الحق في طلب عقد جلسة استماع عادلة. علاوة على ذلك، إذا كنت ترغب في مواصلة الحصول على مزاياك دون تغيير (استمرار المساعدة) حتى صدور قرار جلسة الاستماع العادلة، فإنه يجب عليك طلب جلسة استماع عادلة بالطريقة الموضحة أدناه. يرجى الاطلاع أدناه للحصول على معلومات حول جلسة الاستماع العادلة.

حق المطالبة بعقد جلسة استماع عادلة

إذا كنت تعتقد أن الإجراء المذكور أعلاه ليس مناسبًا، فيمكنك طلب جلسة استماع عادلة من خلال:

1. **الهاتف:** يمكنك الاتصال بالرقم المجاني على مستوى الولاية: 800-342-3334

(يرجى الحرص على أن يكون هذا الإشعار معك عند الاتصال)، أو

2. **الفاكس:** أرسل نسخة من هذا الإشعار إلى رقم الفاكس 473-6735 (518)، أو

3. **عبر الإنترنت:** أكمل النموذج الإلكتروني وأرسله إلى الرابط: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>، أو

4. **عبر البريد:** أرسل نسخة مكتملة من هذا الإشعار إلى Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. يرجى الاحتفاظ بنسخة من هذا الإشعار.

5. الحضور الشخصي (في مدينة نيويورك):

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street,
New York, New York 10004

الحضور الشخصي (في ألباني):

Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201

6. **بالنسبة إلى ضعاف السمع أو النطق:** يرجى التواصل مع خدمة التواصل النصي بولاية نيويورك (New York Relay Service) على الرقم 711 أو 1-800-622-1220، واطلب من المشغل الاتصال بالرقم 877-502-6155. تتوفر هذه الخدمة على هذا الرقم فقط لمستخدمي جهاز الاتصالات لضعاف السمع (Test-Driven Development, TDD).

□ أطلب عقد جلسة استماع عادلة.

أرى إجراء الوكالة غير مناسب بسبب

لديك 60 يومًا من تاريخ هذا الإشعار لطلب جلسة استماع عادلة

إذا طلبت جلسة استماع عادلة، فسترسل إليك الولاية إشعارًا يبلغك بموعد جلسة الاستماع ومكان انعقادها. لديك الحق في أن يمثلك مستشار قانوني، أو أحد أقاربك، أو صديق، أو أي شخص آخر، أو أن تمثل نفسك. في أثناء انعقاد جلسة الاستماع، ستتوفر لك الفرصة، أو لمحاميك أو أي ممثل آخر، لتقديم أدلة كتابية وشفوية لعرض سبب اعتراضك على اتخاذ الإجراء، بالإضافة إلى فرصة استجواب أي شخص يحضر جلسة الاستماع. فضلًا عن ذلك، لديك الحق في استدعاء شهود للإدلاء بأقوالهم لصالحك. في أثناء جلسة الاستماع، يجب عليك إحضار أي مستندات قد تكون مفيدة في عرض قضيتك، مثل هذا الإشعار، وبيانات الرواتب، والإيصالات، وفواتير الرعاية الصحية، وفواتير مرافق التدفئة، والفحص الطبي، وخطابات الطبيب، وما إلى ذلك.

مواصلة الحصول على مزاياك

إذا تقدمت بطلب لعقد جلسة استماع عادلة قبل تاريخ السريان المذكور في هذا الإشعار، فستستمر في تلقي مزاياك دون تغيير حتى صدور قرار جلسة الاستماع. ومع ذلك، إذا لم يكن قرار جلسة الاستماع العادلة في صالحك، فإنه يحق لنا استرداد تكاليف أي مزايا Medicaid لم يكن من المفترض أن تلقاها. وإذا كنت ترغب في تجنب هذا الاحتمال، فيمكنك تحديد المربع أدناه للإشارة إلى أنك لا ترغب في مواصلة تلقي المساعدة، ثم أرسل هذه الصفحة مرفقة بطلب عقد جلسة الاستماع. وإذا حددت المربع، فسيُنفيذ الإجراء الموضح أعلاه من تاريخ السريان المذكور آنفًا. □ أوافق على تنفيذ الإجراء المتعلق بمزايا Medicaid الخاصة بي، كما هو موضح في هذا الإشعار، قبل صدور قرار جلسة الاستماع العادلة.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة قانونية مجانية، فيمكنك الحصول عليها عن طريق الاتصال بجمعية المساعدة القانونية (Legal Aid Society) في منطقتك أو أي فريق قانوني آخر. ويمكنك تحديد أقرب جمعية للمساعدة القانونية أو فريق قانوني عن طريق التحقق من موقع Yellow Pages بالبحث عن قسم "Lawyers" (المحامين) أو عن طريق الاتصال بالرقم المشار إليه في الصفحة الأولى من هذا الإشعار.

الوصول إلى ملفك ونسخ المستندات

لمساعدتك في الاستعداد لجلسة الاستماع، لديك الحق في الاطلاع على ملف قضيتك. إذا اتصلت بنا أو راسلتنا، فسندقم إليك نسخًا مجانية من المستندات الموجودة في ملفك التي سنقدمها إلى مسؤول جلسة الاستماع العادلة في أثناء انعقادها. فضلًا عن ذلك، إذا اتصلت بنا أو راسلتنا، فسندقم إليك نسخًا مجانية من المستندات الأخرى في ملفك التي تعتقد أنك قد تحتاج إليها للتحضير لجلسة الاستماع العادلة. علاوة على ذلك، إذا اتصلت بنا أو راسلتنا، فسندوزدك مجانًا بمواد السياسات المعنية اللازمة لتقرر ما إذا كنت ستطلب جلسة استماع عادلة أو لكي تستعد لجلسة الاستماع. تشمل مواد السياسات التي يمكن تقديمها إليك على سبيل المثال لا الحصر: التوجيهات الإدارية، ورسائل نظام المعلومات العامة، والرسائل الإعلامية، ومقتطفات من الدليل المرجعي لبرنامج Medicaid، ونشرات تحديث Medicaid الصادرة عن إدارة الصحة (Department of Health)، والمذكرات الصادرة عن المفوض المحلي. لطلب مواد السياسات المعنية أو مستندات أو لمعرفة كيفية الاطلاع على ملفك، يرجى الاتصال بنا على رقم هاتف الوصول إلى السجلات المدرج أعلى الصفحة الأولى من هذا الإشعار أو مراسلتنا على العنوان المدوّن أعلى الصفحة ذاتها. إذا كنت تود الحصول على نسخ مجانية من مواد السياسات المعنية أو مستندات من ملف قضيتك، فإنه يجب عليك طلبها مسبقًا. وستتوفر لك في غضون فترة زمنية مناسبة قبل تاريخ انعقاد جلسة الاستماع. ويمكن إرسال المستندات إليك عبر البريد فقط إذا طلبت ذلك تحديدًا.

معلومات

إذا كنت ترغب في الحصول على معلومات إضافية حول قضيتك، أو كيفية طلب جلسة استماع عادلة، أو كيفية الاطلاع على ملفك، أو كيفية الحصول على نسخ إضافية من المستندات، فيرجى الاتصال بنا على أرقام الهاتف المدرجة أعلى الصفحة 2 من هذا الإشعار أو مراسلتنا على العنوان المدوّن أعلى الصفحة 2.

الاسم بأحرف واضحة: _____

رقم تعريف العميل (Client Identification Number, CIN): _____

العنوان: _____

الهاتف: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____