

Fecha del aviso: _____

N.º de identificación del cliente (CIN): _____

MIEMBRO (NIÑO/JOVEN)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

PADRE, MADRE, TUTOR O REPRESENTANTE CON AUTORIZACIÓN LEGAL A CARGO, SI TIENE

Nombre: _____

AGENCIA DE GESTIÓN DE LA ATENCIÓN/ATENCIÓN DOMICILIARIA

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Mediante este formulario, le informamos que, a partir del _____, esta agencia _____,
Fecha Nombre de la agencia de gestión de la
atención/atención domiciliaria

☐ **Suspendió su inscripción en los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (Home and Community Based Services, HCBS), según la Exención para niños 1915(c).**

Su inscripción en la exención y su acceso a los HCBS se suspenden a partir de la fecha detallada anteriormente debido a los siguientes motivos:

- ☐ Usted ya no cumple los criterios del Nivel de atención (Level of Care, LOC) en cuanto a los objetivos, los riesgos y los requisitos funcionales que se necesitan para la inscripción en la exención, según una Determinación de elegibilidad completada para los HCBS, en la que se indica que usted no es elegible.
- ☐ Usted no presentó la documentación obligatoria para determinar la elegibilidad dentro del plazo estipulado según el título 18 de los Códigos, Reglas y Regulaciones de Nueva York (New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR), sección 360, por lo que ya no es elegible para los HCBS, según la Exención para niños.
- ☐ Usted cumplió 21 años.
- ☐ Usted recibe HCBS por medio de otro sistema de HCBS (p. ej., la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo [Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD] o la Atención Administrada a Largo Plazo [Managed Long-Term Care, MLTC]).
- ☐ Usted recibió servicios de internación durante más de 90 días (p. ej., en un centro de tratamiento residencial, un asilo, un hospital, etc.).
- ☐ Usted se encuentra en prisión en este momento.
- ☐ Otro: _____

Esta medida se aplica de conformidad con la autoridad NY 4125 sobre los HCBS, según la Exención para niños; el título 42 de los Códigos de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), sección 441.302(c), y la Ley de Servicios Sociales 366(6), 366(7), 366(9) o 366(12).

Firma del representante de atención domiciliaria: _____

**Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una conferencia, una audiencia justa o ambas.
Lea el dorso de este aviso para saber cómo solicitar una conferencia o una audiencia justa.**

DERECHO A UNA CONFERENCIA

Usted puede solicitar una conferencia para revisar estas medidas. Si desea tener una conferencia, debe solicitarla lo antes posible. Durante la conferencia, si se revela que hemos tomado la decisión equivocada o si, debido a la información que usted proporcione, determinamos que debemos cambiar nuestra decisión, tomaremos medidas correctivas y le daremos un aviso nuevo. Para solicitar una conferencia, llámenos al número que figura en la primera página de este aviso o envíenos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de este aviso. Este número se utiliza solo para solicitar una conferencia. **No es un medio para solicitar una audiencia justa.** Si pide una conferencia, aún puede solicitar una audiencia justa. Si desea seguir recibiendo sus beneficios sin cambios (ayuda continuada) hasta obtener una decisión de audiencia justa, debe solicitar una audiencia justa de la manera que se indica a continuación. Lea las instrucciones que se encuentran a continuación para pedir una audiencia justa.

DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA

Si considera que la medida indicada anteriormente no es correcta, puede solicitar una audiencia justa estatal por uno de los siguientes medios:

- 1. Teléfono:** puede llamar al número gratuito para todo el estado, al 800-342-3334 (*tenga este aviso al alcance de la mano al llamar*).
- 2. Fax:** envíe una copia de este aviso al n.º de fax (518) 473-6735.
- 3. En línea:** complete y envíe el formulario de solicitud en línea en <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>.
- 4. Por escrito:** envíe una copia de este aviso completado a Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conserve una copia para usted.
- 5. En persona (ciudad de Nueva York):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street
New York, New York 10004
En persona (Albany):
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201
- 6. Si tiene problemas auditivos o del habla:** comuníquese con el servicio de retransmisión de Nueva York al 711 o al 1-800-622-1220. Solicite al operador que llame al 877-502-6155. El servicio a este número solo se proporcionará a las personas que llamen a través de un dispositivo de telecomunicación para personas sordas (telephone device for the deaf, TDD).

☐ Quiero una audiencia justa.

La medida de la agencia está equivocada porque _____

TIENE 60 DÍAS DESDE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA JUSTA.

Si solicita una audiencia justa, el estado le enviará un aviso en el que le informará el horario y el lugar de la audiencia. Tiene el derecho de representarse a usted mismo o de que lo represente un asesor legal, un familiar, una amistad u otra persona. Durante la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la posibilidad de presentar pruebas de forma oral o por escrito para demostrar por qué la medida no debe tomarse, así como la oportunidad de hacer preguntas a cualquier persona que se encuentre en la audiencia. Además, usted tiene el derecho de presentar testigos que hablen a su favor. Debe llevar a la audiencia todos los documentos que puedan ser de ayuda para presentar su caso, como este aviso, recibos de sueldo, recibos varios, facturas de gastos médicos, facturas de calefacción, verificaciones médicas, cartas de su médico, etc.

CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS

Si solicita una audiencia justa antes de la fecha de entrada en vigencia de este aviso, usted seguirá recibiendo sus beneficios sin modificaciones hasta que se emita la decisión de la audiencia justa. Sin embargo, si pierde la audiencia justa, podemos recuperar el costo de cualquier beneficio que usted no debió haber recibido. Si quiere evitar esta posibilidad, marque la casilla que se encuentra a continuación para indicar que no desea que su ayuda continúe y envíe esta página con su solicitud de audiencia. Si marca esa casilla, la medida antes detallada se implementará en la fecha de entrada en vigencia mencionada anteriormente.

☐ Acepto que se tomen medidas sobre mis beneficios de Medicaid, según se detallan en este aviso, antes de que se emita la decisión de la audiencia justa.

ASISTENCIA LEGAL

Si necesita asistencia legal gratuita, tiene la posibilidad de obtenerla a través de la oficina local de Legal Aid Society u otro grupo de defensoría legal. Para ubicar la oficina más cercana de Legal Aid Society o un grupo de defensoría, busque en la categoría “Lawyers” (abogados) de las Páginas Amarillas o llame al número que figura en la primera página de este aviso.

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y COPIAS DE DOCUMENTOS

Con el fin de prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a ver el expediente de su caso. Si nos llama o nos escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su expediente, y estos se entregarán al funcionario de audiencia durante la audiencia justa. Además, si nos llama o nos escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de otros documentos que se encuentran en su expediente, que usted considere que podría necesitar a la hora de prepararse para su audiencia justa. Si nos llama o nos escribe, también pondremos a su disposición, de forma gratuita, materiales específicos sobre políticas que usted puede necesitar a la hora de decidir si solicita una audiencia justa o para prepararse antes de dicha audiencia. Estos son ejemplos de materiales sobre políticas que podrían estar a su disposición: pautas administrativas, mensajes del sistema de información general, cartas informativas, partes de la Guía de referencia de Medicaid, boletines de actualización sobre Medicaid del Departamento de Salud y memorandos del comisionado local. Para solicitar materiales específicos sobre políticas o documentos, o para saber cómo acceder a su expediente, llámenos al número de teléfono del sector de acceso a registros que figura en la parte superior del frente de este aviso o escríbanos a la dirección que figura en el mismo lugar. Si desea obtener copias gratuitas de materiales específicos sobre políticas o documentos del expediente de su caso, debe solicitarlos con anticipación. Se le proporcionarán en un plazo razonable antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo postal solo si usted solicita ese medio de entrega en específico.

INFORMACIÓN

Si desea obtener más información sobre su caso o saber cómo solicitar una audiencia justa, cómo acceder a su expediente o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que se encuentran en la parte superior de la segunda página de este aviso o escríbanos a la dirección que figura en el mismo lugar.

Nombre en letra de imprenta: _____

N.º de identificación del cliente (Client Identification Number, CIN): _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____

Fecha: _____