

Date de l'avis : _____

Numéro CIN : _____

MEMBRE (ENFANT / ADOLESCENT)

Nom : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

A/S DU PARENT / TUTEUR OU TUTRICE / REPRÉSENTANT(E) LÉGAL(E) AUTORISÉ(E), S'IL Y A LIEU

Nom : _____

AGENCE DE GESTION DES SOINS/DE SOINS À DOMICILE

Nom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

La présente communication vous avise qu'en date du _____, l'agence _____
Date Nom de l'agence de gestion des soins/de soins à domicile

A supprimé votre inscription aux services de soins à domicile et communautaires (Home and Community Based Services, HCBS) de l'Exonération des enfants 1915 (c)

Votre inscription à l'exonération et votre accès aux services de soins à domicile et communautaires HCBS sont supprimés à la date de prise d'effet indiquée ci-dessus pour les motifs suivants :

- Vous ne répondez plus aux critères de niveau de soins (Level of Care, LOC) des exigences de cible, de risque et fonctionnelles nécessaires pour l'inscription à l'exonération sur la base d'une détermination de l'admissibilité aux services HCBS indiquant un résultat inadmissible.
- Vous n'avez pas fourni la documentation exigée pour la détermination de l'admissibilité dans la période imposée selon le titre 18 de la NYCRR § 360; par conséquent, vous n'êtes plus admissible à l'Exonération des enfants des HCBS.
- Vous avez atteint l'âge de 21 ans.
- Vous recevez des services HCBS d'un autre système HCBS (p. ex., le Bureau pour les personnes ayant des déficiences développementales [Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD] ou des Soins gérés de longue durée [Managed Long-Term Care, MLTC]).
- Vous avez reçu des soins comme patient hospitalisé dans un établissement pendant plus de 90 jours (p. ex., établissement d'hébergement et de traitement, centre d'hébergement et de soins de longue durée, hôpital, etc.).
- Vous êtes actuellement incarcéré(e).
- Autre _____

Cette mesure est prise en vertu des règlements régissant les exonérations pour les services de soins à domicile et communautaires aux enfants de l'État de New York (HCBS Children's Waiver Authority NY 4125), de l'article 441.302(c) du titre 42 de la CFR et des paragraphes 366(6), 366(7), 366(9) ou 366(12) de la loi sur les services sociaux (Social Services Law).

Signature du représentant/de la représentante des soins de santé à domicile : _____

**Si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision, vous pouvez faire une demande de réunion, d'audience ou les deux.
Veuillez lire l'endos de cet avis pour savoir comment faire une demande de réunion et/ou d'audience.**

DROIT À UNE RÉUNION

Vous pourriez avoir le droit de participer à une réunion pour examiner ces mesures. Si vous souhaitez avoir une réunion, vous devez en faire la demande le plus tôt possible. Si nous découvrons, lors de la réunion, que nous avons pris la mauvaise décision, ou si nous déterminons qu'il nous faut changer notre décision en raison des renseignements que vous nous fournissez, nous prendrons la mesure correctrice nécessaire et vous enverrons un nouvel avis. Vous pouvez faire une demande de réunion en nous appelant au numéro qui figure sur la première page de cet avis ou en nous faisant parvenir votre demande par écrit à l'adresse indiquée en haut de la première page de cet avis. Ce numéro n'est utilisé que pour faire une demande de réunion. **Ce n'est pas la façon de demander une audience.** Si vous faites une demande de réunion, vous avez toujours le droit de demander une audience. Si vous souhaitez continuer à recevoir vos avantages de manière inchangée (continuation de l'assistance) jusqu'à ce que vous obteniez une audience, vous devez faire une demande d'audience de la façon décrite ci-dessous. Lisez les renseignements ci-dessous sur l'audience.

DROIT À UNE AUDIENCE

Si vous estimez que la mesure ci-dessus est incorrecte, vous pouvez faire une demande d'audience :

- 1. Par téléphone :** Vous pouvez appeler le numéro sans frais dans tout l'État au : 800 342-3334
(*veuillez avoir cet avis en main quand vous appelez*); **OU**
- 2. Par télécopieur :** Envoyez une copie de cet avis au numéro de télécopieur 518 473-6735; **OU**
- 3. En ligne :** Remplissez et envoyez le formulaire en ligne à : <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **OU**
- 4. Par courrier :** Envoyez une copie de cet avis dûment rempli à Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Assurez-vous de garder une copie pour vos dossiers.
- 5. En personne (Ville de New York) :**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street,
New York, New York 10004
- En personne (Albany) :**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201
- 6. Personnes ayant une déficience auditive ou un trouble de la parole :** Contactez le service de relais de New York au 711 ou au 1 800 622-1220. Demandez que le ou la téléphoniste appelle au 877 502-6155. Le service à ce numéro ne sera fourni qu'aux appelants qui utilisent un appareil ATS.

Je souhaite demander une audience impartiale.

La mesure prise par l'agence est incorrecte parce que _____

VOUS AVEZ 60 JOURS À COMPTER DE LA DATE DE CET AVIS POUR FAIRE UNE DEMANDE D'AUDIENCE.

Si vous faites une demande d'audience, l'État vous enverra un avis vous informant de l'heure et du lieu de l'audience. Vous avez le droit d'être représenté(e) par un(e) avocat(e), un parent, un(e) ami(e) ou par toute autre personne, ou de vous représenter vous-même. Lors de l'audience, votre avocat(e) ou autre représentant(e) aura l'occasion de présenter une preuve écrite et orale démontrant la raison pour laquelle la mesure ne devrait pas être prise, de même que la possibilité de poser des questions aux personnes présentes à l'audience. Vous avez également le droit d'avoir des témoins pour parler en votre faveur. Vous devriez apporter à l'audience tous les documents, comme cet avis, vos talons de paye, vos reçus, vos factures de soins de santé, vos factures de chauffage, votre vérification médicale, les lettres de votre médecin, etc., qui peuvent être utiles pour présenter votre cas.

CONTINUATION DE VOS AVANTAGES

Si vous faites une demande d'audience avant la date de prise d'effet indiquée dans cet avis, vous continuerez de recevoir vos avantages de manière inchangée jusqu'à ce que la décision soit rendue à la suite de l'audience. Cependant, si vous perdez votre cause à l'audience, nous pourrions recouvrer le coût de tout avantage Medicaid que vous ne devriez pas avoir reçu. Si vous souhaitez éviter cette possibilité, cochez la case ci-dessous indiquant que vous ne souhaitez pas continuer à recevoir votre assistance et envoyez cette page avec votre demande d'audience. Si vous cochez la case, la mesure décrite ci-dessus sera prise à la date de prise d'effet indiquée ci-dessus.

J'accepte que la mesure soit prise concernant mes avantages Medicaid, comme décrite dans cet avis, avant que la décision de l'audience soit rendue.

AIDE JURIDIQUE

Si vous avez besoin d'une aide juridique, vous pourriez être en mesure de l'obtenir en contactant votre société d'aide juridique locale ou tout autre groupe d'intercession juridique. Vous pouvez trouver votre société d'aide juridique ou groupe d'intercession juridique le plus proche en consultant les pages jaunes sous « Lawyers » (« Avocats ») ou en composant le numéro qui figure sur la première page de cet avis.

ACCÈS À VOTRE DOSSIER ET COPIES DE DOCUMENTS

Pour vous aider à vous préparer à l'audience, vous avez le droit de consulter le dossier de votre cas. Si vous nous appelez ou nous écrivez, nous vous fournirons gratuitement des copies des documents de votre dossier que nous remettrons à l'agent d'audience à l'audience. De plus, si vous nous appelez ou nous écrivez, nous vous fournirons gratuitement des copies d'autres documents de votre dossier dont vous estimez avoir besoin pour vous préparer à l'audience. Si vous nous appelez ou nous écrivez, nous mettrons également à votre disposition et sans frais le matériel de politique particulier qui vous sera nécessaire pour décider de faire ou non une demande d'audience ou pour vous préparer à celle-ci. Le matériel de politique qui peut être mis à votre disposition comprend des documents comme : des lignes directrices administratives, des messages du Système d'information général, les lettres d'information, des portions du Guide de référence de Medicaid, des bulletins de mise à jour sur Medicaid du ministère de la Santé et des mémorandums du commissariat local. Pour faire une demande de matériel de politique, de documents ou pour savoir comment consulter votre dossier, appelez-nous au numéro de téléphone d'accès aux dossiers indiqué en haut de la deuxième page de cet avis ou écrivez-nous à l'adresse imprimée en haut de la page de cet avis. Si vous souhaitez des copies gratuites de matériel de politique ou de documents particuliers du dossier de votre cas, vous devriez en faire la demande à l'avance. Ils vous seront fournis dans un délai raisonnable avant la date de l'audience. Les documents vous seront envoyés par la poste uniquement si vous en faites spécifiquement la demande.

RENSEIGNEMENTS

Si vous souhaitez plus de renseignements sur votre cas, pour savoir comment faire une demande d'audience, pour savoir comment consulter votre dossier ou pour obtenir des copies supplémentaires de documents, appelez-nous aux numéros de téléphone indiqués en haut de la deuxième page de cet avis ou écrivez-nous à l'adresse imprimée en haut de la deuxième page de cet avis.

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Numéro d'identification du client (Client Identification Number, CIN) : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Signature : _____ Date : _____