

Data zawiadomienia: _____

Numer CIN: _____

UCZESTNIK (DZIECKO / MŁODA OSOBA)

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia (mm/dd/yyyy): _____

DO WIADOMOŚCI RODZICA / OPIEKUNA / PRAWNIE UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA, JEŻELI JEST

Imię i nazwisko: _____

AGENCJA ZARZĄDZAJĄCA OPIEKĄ / HEALTH HOME

Nazwa: _____

Adres: _____

Numer telefonu: _____

Informujemy, że _____ ta agencja _____
Data Nazwa agencji zarządzającej opieką / Health Home

☐ Wyrejestrowała Państwa z Usług świadczonych w domu i społeczności (Home and Community Based Services, HCBS) w ramach Programu świadczeń zastępczych dla dzieci 1915(c) (1915(c) Children's Waiver)

Państwa rejestracja w programie i dostęp do usług HCBS kończą się z dniem wskazanym wyżej z następujących powodów:

- ☐ Nie spełniają już Państwo wymagań dotyczących grupy docelowej, czynników ryzyka i kryteriów funkcjonalnych kryterium Poziom opieki (Level of Care, LOC) niezbędnych do rejestracji w programie na podstawie orzeczenia o kwalifikowalności do HCBS wskazującego na brak kwalifikacji.
- ☐ Nie dostarczyli Państwo dokumentów wymaganych do ustalenia kwalifikowalności w terminie określonym w 18 NYCRR § 360 i nie przysługuje już Państwu korzystanie z usług HCBS w Programie świadczeń zastępczych.
- ☐ Ukończyli Państwo 21 lat.
- ☐ Korzystają Państwo z usług HCBS z innego systemu HCBS, np. Biura ds. Osób z Niepełnosprawnościami Rozwojowymi (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) albo Zarządzanej Opieki Długoterminowej (Managed Long-Term Care, MLTC).
- ☐ Otrzymali Państwo opiekę przez ponad 90 dni w placówce stacjonarnej (np. w zakładzie leczenia stacjonarnego, domu opieki, szpitalu itp.).
- ☐ Są Państwo obecnie osadzeni w więzieniu.
- ☐ Inny powód _____

To działanie zostało podjęte na mocy upoważnienia dotyczącego usług HCBS w Programie świadczeń zastępczych dla dzieci NY 4125 oraz przepisów 42 CFR 441.302(c) i Ustawy o pomocy społecznej (Social Services Law) 366(6), 366(7), 366(9) lub 366(12).

Podpis przedstawiciela Health Home: _____

Jeżeli nie zgadzają się Państwo z tą decyzją, można złożyć wniosek o przeprowadzenie rozmowy, bezstronnego przesłuchania lub ich obu. Informacje o tym, jak złożyć wniosek o przeprowadzenie rozmowy i/lub bezstronnego przesłuchania, znajdują się na ostatniej stronie niniejszego zawiadomienia.

PRAWO DO ROZMOWY

W celu omówienia tych działań można zorganizować rozmowę. Jeśli chcą Państwo zorganizować rozmowę, należy jak najszybciej złożyć o nią wniosek. Jeśli podczas rozmowy okaże się, że podjęliśmy błędną decyzję, lub jeśli na podstawie dostarczonych przez Państwa informacji postanowimy zmienić decyzję, podejmiemy działania naprawcze i prześlemy nowe zawiadomienie. Wniosek o zorganizowanie rozmowy można złożyć, dzwoniąc do nas pod numer podany na pierwszej stronie niniejszego zawiadomienia lub wysyłając do nas pisemny wniosek na adres podany na górze pierwszej strony niniejszego zawiadomienia. Ten numer służy wyłącznie do wnioskowania o rozmowę. **Nie można się nim posłużyć w celu złożenia wniosku o bezstronne przesłuchanie.** Jeśli złożą Państwo wniosek o rozmowę, nadal przysługuje Państwu prawo do bezstronnego przesłuchania. Jeśli chcą Państwo, aby świadczenia pozostały bez zmian (pomoc nadal była udzielana) do czasu wydania decyzji w wyniku bezstronnego przesłuchania, należy złożyć wniosek o bezstronne przesłuchanie w sposób opisany niżej. Prosimy przeczytać poniższe informacje na temat bezstronnego przesłuchania.

PRAWO DO BEZSTRONNEGO PRZESŁUCHANIA

Jeżeli uważają Państwo, że powyższe działanie jest niewłaściwe, można wystąpić o przeprowadzenie bezstronnego przesłuchania stanowego następująco:

- 1. Telefonicznie:** można zadzwonić pod bezpłatny numer ogólnostanowy: 800-342-3334
(*prosimy o przygotowanie niniejszego zawiadomienia przed rozmową*) **LUB**
- 2. Faksem:** kopię niniejszego zawiadomienia należy przesłać faksem pod numer (518) 473-6735 **lub**
- 3. Przez Internet:** internetowy formularz wniosku należy wypełnić i przesłać pod adresem <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp> **LUB**
- 4. Pocztą tradycyjną:** kopię wypełnionego niniejszego zamówienia należy wysłać na adres Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Prosimy o zachowanie kopii dla siebie.
- 5. W urzędzie bez umawiania wizyty (miasto Nowy Jork):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street,
New York, New York 10004
- W urzędzie bez umawiania wizyty (Albany):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201
- 6. Dla osób z upośledzeniem mowy i słuchu:** należy skorzystać z Nowojorskiej Usługi Przekazywania (New York Relay Service) pod numerem 711 lub 1-800-622-1220 i poprosić operatora o wybranie numeru 877-502-6155. Usługa pod tym numerem będzie świadczona tylko osobom używającym sprzętu TDD.

☐ Chcę skorzystać z bezstronnego przesłuchania.

Działanie Agencji jest niewłaściwe, ponieważ _____

WNIOSEK O BEZSTRONNE PRZESŁUCHANIE NALEŻY ZŁOŻYĆ W CIĄGU 60 DNI OD DATY NINIEJSZEGO ZAWIADOMIENIA

Jeśli złożą Państwo wniosek o bezstronne przesłuchanie, Stan prześle zawiadomienie o terminie i miejscu przesłuchania. Przysługuje Państwu prawo do reprezentacji przez prawnika, krewnego, znajomego lub inną osobę. Mogą Państwo również reprezentować samych siebie. Podczas rozprawy Państwo lub Państwa prawnik bądź inny przedstawiciel mogą przedstawić dowody pisemne i ustne, aby wykazać, dlaczego nie należy podejmować takiego działania, a także zadawać pytania osobom obecnym na przesłuchaniu. Mogą Państwo również wezwać świadków, którzy będą zeznawać na Państwa korzyść. Na przesłuchanie należy przynieść wszelkie dokumenty, takie jak niniejsze zawiadomienie, paski wypłat, potwierdzenia płatności, rachunki za opiekę zdrowotną, rachunki za ogrzewanie, zaświadczenia lekarskie, pisma lekarskie itp., które mogą okazać się pomocne w przedstawieniu sprawy.

DALSZE KORZYSTANIE ZE ŚWIADCZEŃ

Jeżeli złożą Państwo wniosek o bezstronne przesłuchanie przed datą wejścia w życie podaną w niniejszym zawiadomieniu, będą Państwo nadal otrzymywać świadczenia w niezmienionej formie aż do wydania decyzji na podstawie przesłuchania. Jeżeli jednak wynik przesłuchania będzie dla Państwa niekorzystny, możemy dochodzić zwrotu kosztów wszelkich nienależnych świadczeń Medicaid. Jeśli chcą Państwo uniknąć takiej sytuacji, należy zaznaczyć pole poniżej, aby wskazać, że nie chcą Państwo kontynuowania świadczeń, i wysłać tę stronę wraz z wnioskiem o przesłuchanie. Jeśli to pole zostanie zaznaczone, wyżej opisane działanie zostanie podjęte od podanej wyżej daty wejścia w życie.

☐ Wyrażam zgodę na podjęcie działań w odniesieniu do moich świadczeń Medicaid, zgodnie z opisem w niniejszym zawiadomieniu, przed wydaniem decyzji w ramach bezstronnego przesłuchania.

POMOC PRAWNA

Jeśli potrzebują Państwo bezpłatnej pomocy prawnej, można ją uzyskać, kontaktując się z lokalnym Stowarzyszeniem Pomocy Prawnej (Legal Aid Society) lub inną grupą zajmującą się doradztwem prawnym. Najbliższe Stowarzyszenie Pomocy Prawnej lub grupę doradztwa prawnego można znaleźć w książce telefonicznej (Yellow Pages) w sekcji „Lawyers” (Prawnicy) lub dzwoniąc pod numer podany na pierwszej stronie tego zawiadomienia.

DOSTĘP DO WŁASNYCH AKT I KOPII DOKUMENTÓW

Aby mogli Państwo lepiej przygotować się do przesłuchania, mają Państwo prawo zapoznać się z aktami swojej sprawy. Jeśli Państwo do nas zadzwonią lub napiszą, udostępnimy Państwu bezpłatne kopie dokumentów z Państwa akt, które prześlemy urzędnikowi prowadzącemu bezstronne przesłuchanie. Ponadto, jeśli Państwo do nas zadzwonią lub napiszą, dostarczymy Państwu bezpłatne kopie innych dokumentów z Państwa akt, które Państwa zdaniem mogą się przydać podczas przygotowań do przesłuchania. Jeśli Państwo do nas zadzwonią lub napiszą, udostępnimy Państwu bezpłatnie szczegółowe materiały dotyczące naszej polityki, które pomogą w podjęciu decyzji o ewentualnym złożeniu wniosku o bezstronne przesłuchanie lub przygotowaniu się do przesłuchania. Materiały dotyczące polityki, które mogą zostać Państwu udostępnione, obejmują takie dokumenty jak: dyrektywy administracyjne, komunikaty z systemu informacji ogólnej (General Information System), pisma informacyjne, fragmenty Przewodnika Medicaid (Medicaid Reference Guide), biuletyny informacyjne Medicaid Wydziału Zdrowia (Department of Health) oraz pisma komisarzy lokalnych. Aby złożyć wniosek o konkretne materiały dotyczące polityki bądź dokumenty albo się dowiedzieć, jak uzyskać wgląd w swoje akta, należy zadzwonić do nas pod numer telefonu Record Access (dostęp do dokumentów) podany na górze strony tytułowej niniejszego zawiadomienia lub napisać do nas na adres podany na górze strony tytułowej niniejszego zawiadomienia. Aby otrzymać bezpłatne kopie konkretnych materiałów dotyczących polityki lub dokumentów z akt swojej sprawy, należy złożyć o nie wniosek z wyprzedzeniem. Zostaną one Państwu przekazane w rozsądnym terminie przed datą przesłuchania. Dokumenty zostaną wysłane do Państwa pocztą tylko na wyraźną prośbę.

INFORMACJA

Aby uzyskać więcej informacji o swojej sprawie, dowiedzieć się, jak złożyć wniosek o bezstronne przesłuchanie, jak uzyskać wgląd w swoje akta lub jak otrzymać dodatkowe kopie dokumentów, należy zadzwonić do nas pod numery telefonów podane na górze strony 2 niniejszego zawiadomienia lub napisać do nas na adres podany na górze strony 2 niniejszego zawiadomienia.

Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____

Numer identyfikacyjny klienta (Client Identification Number, CIN): _____

Adres: _____

Numer telefonu: _____

Podpis: _____ Data: _____