

Дата уведомления: _____

Номер CIN: _____

УЧАСТНИК (РЕБЕНОК/ПОДРОСТОК)

Имя и фамилия: _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____

НА ПОПЕЧЕНИИ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ПРИ НАЛИЧИИ)

Имя и фамилия: _____

АГЕНТСТВО ПО УПРАВЛЕНИЮ ОБСЛУЖИВАНИЕМ/HEALTH HOME

Название: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Настоящим уведомляем, что с _____ агентство _____
Дата Название агентства по управлению обслуживанием/Health Home

☐ Прекращает Ваше участие в альтернативной программе для детей, реализуемой на основании раздела 1915(c) (1915(c) Children's Waiver) и включающей получение услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Based Services, HCBS)

Ваше участие в альтернативной программе и получение услуг HCBS будет прекращено в указанную выше дату по следующим причинам:

- ☐ Вы больше не соответствуете критериям уровня обслуживания (Level of Care, LOC), учитывающим целевую группу, факторы риска и функциональные ограничения, которым необходимо соответствовать для регистрации в альтернативной программе, на основании решения о Вашем соответствии критериям получения HCBS, которое указывает, что Вы им не соответствуете.
- ☐ Вы не предоставили документацию, требуемую для определения соответствия критериям, в необходимый временной период согласно разделу 18 NYCRR § 360 и больше не соответствуете критериям участия в альтернативной программе для детей и получения услуг HCBS.
- ☐ Вам уже исполнился 21 год.
- ☐ Вы получаете услуги HCBS через другую систему HCBS (например, через Службу помощи людям с нарушениями развития [Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD] или программу управляемого долгосрочного ухода [Managed Long-Term Care, MLTC]).
- ☐ Вы получали стационарное медицинское обслуживание в течение более 90 дней (например, в лечебном учреждении с проживанием [Residential Treatment Facility], учреждении сестринского ухода [Nursing Home], больнице и т. д.).
- ☐ В настоящее время Вы заключены под стражу.
- ☐ Другое _____

Данное решение принято согласно постановлению NY 4125 относительно получения HCBS в рамках альтернативной программы для детей, пункту 441.302(c) раздела 42 CFR и разделам 366(6), 366(7), 366(9) или 366(12) Закона о социальных службах (Social Services Law).

Подпись представителя Health Home: _____

Если Вы не согласны с данным решением, Вы можете подать запрос на проведение конференции, беспристрастного слушания, либо Вы можете запросить и то, и другое. Ознакомьтесь с информацией на оборотной стороне данного уведомления, чтобы узнать, как подать запрос на проведение конференции и (или) беспристрастного слушания.

ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Вы можете иметь право на проведение конференции, чтобы пересмотреть принятые решения. Если Вы хотите, чтобы была проведена конференция, необходимо как можно скорее подать запрос на ее проведение. Если во время конференции будет определено, что принятое нами решение является неверным, или на основании представленной Вами информации мы посчитаем необходимым изменить наше решение, мы предпримем корректирующие действия и отправим Вам новое уведомление. Чтобы запросить проведение конференции, позвоните нам по номеру, указанному на первой странице настоящего уведомления, или отправьте письменный запрос по адресу, указанному в верхней части первой страницы настоящего уведомления. Этот номер используется только для того, чтобы подать запрос на проведение конференции. **Он не используется для подачи запроса на проведение беспристрастного слушания.** Если Вы подадите запрос на проведение конференции, у Вас по-прежнему будет право на проведение беспристрастного слушания. Если Вы хотите продолжать получать льготы и помощь в прежнем объеме до принятия решения по результатам беспристрастного слушания, Вы должны запросить проведение беспристрастного слушания в указанном ниже порядке. Ознакомьтесь с информацией о беспристрастном слушании ниже.

ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ

Если Вы считаете, что вышеуказанное решение является неверным, Вы можете запросить проведение беспристрастного слушания на уровне штата следующими способами:

- 1. По телефону:** Вы можете позвонить по бесплатному номеру телефона, который используется по всему штату: 800-342-3334
(во время звонка держите под рукой это уведомление); **ИЛИ**
- 2. По факсу:** отправьте копию данного уведомления факсом по номеру (518) 473-6735; **ИЛИ**
- 3. Онлайн:** заполните и отправьте форму онлайн-запроса на веб-сайте: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **ИЛИ**
- 4. По почте:** отправьте копию данного заполненного уведомления по адресу: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Сохраните копию для себя.
- 5. Лично (г. Нью-Йорк):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street,
New York, New York 10004
- Лично (г. Олбани):**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201
- 6. Лица с нарушением слуха или речи:** обратитесь в службу коммутируемых сообщений Нью-Йорка по номеру 711 или 1-800-622-1220. Попросите оператора позвонить по номеру 877-502-6155. По этому номеру телефона услуги предоставляются только лицам, использующим оборудование TDD.

☐ Я хочу, чтобы было проведено беспристрастное слушание. Решение агентства является неверным, потому что _____

У ВАС ЕСТЬ 60 ДНЕЙ С ДАТЫ ПОЛУЧЕНИЯ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ, ЧТОБЫ ПОДАТЬ ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ

Если Вы подадите запрос на проведение беспристрастного слушания, правительство штата отправит Вам уведомление, в котором будет указано, когда и где состоится беспристрастное слушание. Вы можете представлять свои интересы самостоятельно или при помощи юриста, родственника, друга или иного лица. Во время слушания Вам, Вашему юристу или другому представителю будет предоставлена возможность представить письменные и устные доказательства в пользу отмены принятого решения, а также возможность задать вопросы любым лицам, присутствующим на слушании. Вы также имеете право привести с собой свидетеля, который выступит в Вашу пользу. Вам следует принести с собой на слушание все документы, такие как настоящее уведомление, квитанции о начислении заработной платы, квитанции, счета за медицинское обслуживание, счета за отопление, медицинские справки, письма от врачей и т. п., которые могут быть полезными в изложении Вашего дела.

СОХРАНЕНИЕ ЛЬГОТ НА ПРЕЖНЕМ УРОВНЕ

Если Вы подадите запрос на проведение беспристрастного слушания до даты, указанной в настоящем уведомлении, объем получаемых Вами льгот не изменится до принятия решения по результатам беспристрастного слушания. Однако, если это решение будет вынесено не в Вашу пользу, мы можем потребовать от Вас возмещения стоимости льгот Medicaid, на получение которых Вы не имели права. Если Вы хотите избежать этого, просим отметить поле ниже и тем самым указать, что Вы не хотите продолжать получать льготы, после чего приложить эту страницу к Вашему запросу на проведение слушания, отправляемому на наш адрес. Если Вы не отметите это поле, описанное выше решение начнет действовать с вышеуказанной даты.

☐ Я соглашаюсь с решением, принятым в отношении моих льгот Medicaid и указанном в этом уведомлении, до принятия решения по результатам беспристрастного слушания.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Если Вам требуется бесплатная юридическая помощь, Вы можете получить ее, обратившись в местное отделение Общества юридической помощи (Legal Aid Society) или другую адвокатскую группу. Адрес ближайшего отделения Общества юридической помощи или адвокатской группы можно найти в разделе “Lawyers” («Адвокаты») телефонного справочника «Желтые страницы» (Yellow Pages) или позвонив по номеру, указанному на первой странице данного уведомления.

ДОСТУП К ВАШЕМУ ДЕЛУ И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ

У Вас есть право ознакомиться со своим делом, чтобы подготовиться к слушанию. Если Вы позвоните или напишите нам, мы предоставим Вам бесплатные копии документов из Вашего дела, которые мы отдадим должностному лицу, ответственному за проведение слушания, во время беспристрастного слушания. Также, если Вы позвоните или напишите нам, мы предоставим Вам бесплатные копии других документов из Вашего дела, которые, по Вашему мнению, могут потребоваться Вам для подготовки к беспристрастному слушанию. Если Вы позвоните или напишите нам, мы также можем предоставить Вам бесплатные материалы, связанные с конкретными политиками, которые помогут Вам принять решение о подаче запроса на проведение беспристрастного слушания или подготовиться к слушанию. Материалы, связанные с политиками, которые Вы можете получить, включают следующие документы: административные директивы, сообщения общей информационной системы, информационные письма, разделы справочника Medicaid, информационные бюллетени Департамента здравоохранения (Department of Health) с новой информацией о Medicaid и меморандумы руководителя местного отделения. Чтобы запросить материалы, связанные с конкретными политиками, документы или узнать, как Вы можете ознакомиться со своим делом, позвоните нам по номеру для ознакомления с делом, который указан в верхней части лицевой стороны настоящего уведомления, или напишите нам по адресу, указанному в верхней части лицевой стороны настоящего уведомления. Чтобы получить бесплатные копии материалов, связанных с конкретными политиками, или документов из своего дела, необходимо отправить запрос заранее. Они будут предоставлены Вам в разумные сроки до даты проведения слушания. Документы будут отправлены Вам по почте, только если Вы прямо попросите об этом.

ИНФОРМАЦИЯ

Если Вы хотите получить дополнительную информацию о Вашем деле, процедуре подачи запроса на проведение беспристрастного слушания, ознакомлении со своим делом или получении дополнительных копий документов, позвоните нам по номерам телефонов, которые указаны в верхней части второй страницы настоящего уведомления, или напишите нам по адресу, указанному в верхней части второй страницы настоящего уведомления.

Имя и фамилия печатными буквами: _____

Идентификационный номер клиента (Client Identification Number, CIN): _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Подпись: _____ Дата: _____