

通知日期： _____

CIN 編號： _____

會員 (兒童/青少年)

姓名： _____ 出生日期 (月/日/年)： _____

由父母/監護人/法定授權代表 (如有) 轉交

姓名： _____

護理管理機構/健康服務中心

名稱： _____

地址： _____

電話號碼： _____

本函是為了告知您，自 _____ 起，本機構 _____

日期

護理管理機構/健康服務中心的名稱

終止您參加 1915(c) 兒童豁免計劃中的基於家庭和社區的服務 (Home and Community Based Services, HCBS)

自上述生效日期起，您將被終止參加豁免計劃和接受 HCBS，原因如下：

- 您不再符合參加豁免計劃所必須滿足的目標、風險和功能需求方面的護理級別 (Level of Care, LOC) 標準，因為已完成的 HCBS 資格認定顯示您不符合資格。
- 根據《紐約州法規、規則和條例彙編》(New York Codes, Rules, and Regulations, NYCRR) 第 18 編第 360 條規定，您未能在規定時限內提供資格認定所需的文件，現不再符合 HCBS 兒童豁免計劃資格。
- 您已年滿 21 歲。
- 您從其他 HCBS 系統 (例如，發展障礙人士服務辦事處 [Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD] 或管理式長期護理 [Managed Long-Term Care, MLTC] 計劃) 接受 HCBS。
- 您接受的住院護理超過了 90 天 (例如，留院治療機構、療養院、醫院等)。
- 您目前正被監禁。
- 其他 _____

本行動依據 HCBS 兒童豁免計劃 (紐約州 4125 號授權文件)、《聯邦法規彙編》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 編第 441.302(c) 條，以及《社會服務法》(Social Services Law) 第 366(6)、366(7)、366(9) 或 366(12) 款實施。

健康服務中心代表簽名： _____

如果您不同意此決定，您可以要求召開會議或公平聽證會或兩者都召開。
請閱讀本通知書的背面，瞭解如何要求召開會議和/或公平聽證會。

會議權利

您可以要求召開會議審查這些行動。如果您想要召開會議，您應盡快提出要求。在會議上，如果我們發現我們作出了錯誤的決定，或者根據您提供的資訊，我們決定更改決定，我們將採取糾正措施並向您提供新的通知書。您可以撥打本通知書第一頁的電話號碼要求召開會議，也可以按照本通知書第一頁頂部所載地址向我們寄送書面申請。此號碼僅用於申請召開會議。**這並非公平聽證會的申請方式**。如果您要求召開會議，您仍然有權要求召開公平聽證會。如果您希望您的福利在您收到公平聽證會決定之前繼續維持不變（繼續獲得援助），則您必須按下述方式申請召開公平聽證會。請閱讀以下內容瞭解公平聽證會資訊。

公平聽證會權利

如果您認為上述行動是錯誤的，您可以透過以下方式申請召開州立公平聽證會：

1. **電話**：您可以撥打全州免費電話號碼：800-342-3334
(致電時，請備好本通知書)；或
2. **傳真**：將本通知書的副本傳送至傳真號碼(518) 473-6735；或
3. **線上**：填寫並傳送線上申請表：<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>；或
4. **寫信**：填妥本通知書後將副本寄送至：Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201。請自留一份副本。
5. **親自遞交（紐約市）**：
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
5 Beaver Street,
New York, New York 10004
- 親自遞交（奧爾巴尼）**：
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
40 N. Pearl Street
Albany, New York 12201
6. **語障和聽障服務**：致電 711 或 1-800-622-1220 聯絡紐約轉接服務。請接線員撥打 877-502-6155。此號碼僅為使用聽障者專用電信裝置 (Telecommunication devices for the deaf, TDD) 的來電者提供服務。

我要申請召開公平聽證會。

該機構的行動是錯誤的，因為 _____

您可以在收到此通知起的 60 天內申請召開公平聽證會

如果您申請召開公平聽證會，州政府會向您寄送通知書告知聽證會的時間和地點。您可以讓法律顧問、親屬、朋友或其他人代您行事，也可以由本人自行辯護。在聽證會上，您和您的律師或其他代表將有機會提供書面和口頭證據，以證明為何不應該採取該行動，並有機會向出席聽證會的任何人士發問。此外，您也有權帶證人來為您辯護。您應將任何可能有助於陳述您個案的文件帶至聽證會，例如本通知書、工資單、收據、醫療保健賬單、供暖費用賬單、醫療證明、醫生信函等。

延續您的福利

如果您在本通知書所述生效日期之前申請召開公平聽證會，您將繼續照常獲得福利，直到公平聽證會的決定下達為止。但是，如果您在公平聽證會中敗訴，我們可能會就您不應獲得的任何 Medicaid 福利追討相關費用。如果您希望規避此類風險，請勾選下方的方塊，表明您不希望繼續接受援助，並將此頁與您的聽證會申請一併寄出。如果您勾選此方塊，則上述行動將於所列生效日期生效。

我同意在公平聽證會決定下達之前對我的 Medicaid 福利採取本通知書所述的行動。

法律援助

如果您需要免費的法律援助，您可以聯絡當地法律援助協會 (Legal Aid Society) 或其他法律辯護團體獲得此類援助。您可以查閱黃頁的「Lawyers」（律師）部分內容，或致電本通知書第一頁所示的電話號碼，尋找離您最近的法律援助協會或辯護團體。

存取您的檔案和文件副本

為了幫助您為聽證會做好準備，您有權查看您的個案檔案。如果您致電或寫信給我們，我們會免費提供將在公平聽證會上交予聽證官的檔案文件副本。此外，如果您致電或寫信給我們，我們會免費提供您認為可能需要用於為聽證會做準備的其他檔案文件副本。如果您致電或寫信給我們，我們還會免費提供特定政策資料，以便您決定是否申請召開公平聽證會或為聽證會做準備。可以向您提供的政策資料包括以下文件：行政指令、一般資訊系統訊息、資訊信函、Medicaid 參考指南的部分內容、美國衛生部 (Department of Health) Medicaid 最新簡報及地方專員備忘錄。如需索取特定政策資料、文件或瞭解如何查閱您的檔案，請致電本通知書正面頂部所列的記錄查詢電話號碼或按本通知書正面頂部所印的地址寄信給我們。如果您想要索取免費的特定政策資料或個案檔案文件副本，您應提前提出要求。這些資料將於聽證會前的合理時間內提供給您。只有在您特意要求郵寄文件的情況下，才會將文件郵寄給您。

資訊

如果您想進一步瞭解您個案的相關資訊、如何申請公平聽證會、如何查閱您的檔案或如何獲取額外的文件副本，請致電本通知書第 2 頁頂部所列的電話號碼或按本通知書第 2 頁頂部所印的地址寫信給我們。

正楷姓名： _____

客戶識別號 (Client Identification Number, CIN)： _____

地址： _____

電話號碼： _____

簽名： _____ 日期： _____