

Aviso de intención de suspender el programa de exención

Nombre del participante de la exención

Dirección

Número de identificación del cliente (CIN)

Fecha de aviso

Fecha de entrada en vigor

El presente es para informarlo de que su participación en la exención de Medicaid 1915(c) para servicios en la casa y la comunidad para personas con lesión cerebral traumática (TBI) está **SUSPENDIDA** a partir de la fecha de entrada en vigor de arriba.

Su participación en la exención se **SUSPENDE** porque:

Según la solicitud aprobada de la exención de Medicaid 1915(c) por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a partir del 1 de septiembre de 2017, el New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York, NYSDOH) implementó el Sistema de Evaluación Uniforme de Nueva York (UAS-NY) para establecer el nivel de atención en los centros de servicios de enfermería (NFLOC), un requisito para los servicios de exención. Según la evaluación del UAS-NY que se completó el _____ con un enfermero profesional capacitado, se determinó que usted no alcanza la puntuación del nivel requerido de atención (5 o superior). Esta evaluación indicó una puntuación de _____.

Una segunda evaluación se completó el _____ e indicó una puntuación de _____, que respaldó los resultados de la primera evaluación. Por lo tanto, no cumple este requisito para la elegibilidad de exención.

Puede solicitar una audiencia imparcial en relación con esta resolución. También puede solicitar una evaluación clínica de un especialista en discapacidad por TBI o exámenes de déficit cognitivo para que el Regional Resource Development Center (RRDC) los considere. Si tiene preguntas sobre esta resolución o quiere solicitar una reunión para su caso, comuníquese con el RRDC en:

Las leyes que nos permiten hacer esto son: La sección 1915(c) de la Social Security Act (Ley de Seguridad Social) y las secciones 2740, 2741 y 2742 de la Public Health Law (Ley de Salud Pública).

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede pedir una reunión, una audiencia imparcial o ambas. Lea el resto de este aviso para saber cómo solicitar una reunión o una audiencia imparcial.

Especialista regional en el desarrollo de recursos (letra de molde)

Especialista regional en el desarrollo de recursos (firma)

Nombre del Regional Resource Development Center (RRDC)

Dirección

Teléfono

c. c.: Tutor legal
Coordinador de servicios del representante autorizado
Programa de exención para TBI del NYSDOH

DERECHO A UNA REUNIÓN: Puede tener una reunión con el especialista regional en el desarrollo de recursos (RRDS) para revisar estas medidas. Si quiere una reunión, debe pedirla en cuanto sea posible. En la reunión, si el RRDS descubre que se tomó la decisión incorrecta o si, por información que usted dio, el RRDS decide cambiar de opinión, se tomarán medidas correctivas. Recibirá un nuevo aviso de resolución. Puede pedir una reunión llamando al RRDS al número que se indica en la primera página de este aviso o enviando una solicitud por escrito a la dirección que se detalla en la primera página de este aviso. **Esta no es la forma en que se solicita una audiencia imparcial.** Si pide una reunión, aún tiene derecho a una audiencia imparcial. Abajo está la información sobre la audiencia imparcial.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si cree que la decisión de arriba es incorrecta, puede solicitar una audiencia imparcial del Estado:

1. **Por teléfono:** Puede llamar gratis al teléfono estatal al 1-800-342-3334. (DEBE TENER ESTE AVISO CON USTED CUANDO LLAME) **O**
2. **Por fax:** Complete y envíe una copia de este aviso al número de fax (518) 473-6735 **O**
3. **En línea:** Complete y envíe el formulario de solicitud en línea en: <https://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>. Si no se puede comunicar con la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina de Asistencia Temporal y por Discapacidad del Estado de Nueva York) por teléfono, por fax o en línea, escriba para pedir una audiencia imparcial en el plazo de 60 días a partir de la fecha de este aviso.
4. **Correo:** Complete y envíe una copia de este aviso a Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Guarde una copia para usted.
5. **SOLO en la ciudad de Nueva York:** También puede ir personalmente a Office of Administrative Hearings, Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York o 330 West 34th Street, 3rd. Floor, NY, NY. Lleve una copia de este aviso.

TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL.

Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará un aviso de la hora y el lugar de la audiencia. Tiene derecho a que lo represente un abogado, un familiar, un amigo u otra persona, o a representarse usted mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar pruebas por escrito y de forma oral para demostrar por qué no debe tomarse la medida, y la oportunidad de interrogar a cualquier persona que comparezca en la audiencia. Además, tiene derecho a llevar testigos que declaren a su favor. Debe llevar a la audiencia todos los documentos que puedan ser útiles en la presentación de su caso, como este aviso, recibos de pago de salario, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, documentos de verificación médica, cartas, etc.

Quiero una audiencia imparcial. La resolución no es la correcta porque: _____

Fecha en la que se denegó su exención

Su nombre (letra de molde)

Su firma

Dirección

Teléfono

Número de identificación del cliente (CIN)

Fecha

ASESORAMIENTO LEGAL: Si necesita asesoramiento legal gratis, puede obtenerlo comunicándose con su Legal Aid Society (Sociedad de Ayuda Legal) o con algún otro grupo de defensa legal. Puede encontrar las oficinas más cercanas de Legal Aid Society o un grupo de defensores en las páginas amarillas de su guía telefónica, en "Lawyers" (Abogados).

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y A COPIAS DE DOCUMENTOS: Para prepararse para la audiencia, tiene derecho a ver su expediente. Si llama o escribe al RRDS, le darán copias gratis de los documentos de su expediente, que le entregaremos al oficial de la audiencia en la audiencia imparcial. Además, si llama o escribe al RRDS, le darán copias gratis de otros documentos de su expediente que considere necesarios para su audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para saber cómo ver su expediente, comuníquese con el RRDS al número de teléfono y a la dirección que se indica en la parte de delante de este aviso. Si quiere copias de los documentos de su expediente, debe pedirlos en un plazo razonable antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se enviarán por correo solo si lo pide específicamente.

INFORMACIÓN: Si quiere más información sobre su expediente o cómo pedir una audiencia imparcial, cómo ver su expediente o cómo obtener más copias de los documentos, comuníquese con el RRDS al número de teléfono y a la dirección que se indica en la parte de delante de este aviso.