

**NOTICE OF DECISION ON YOUR MEDICAL ASSISTANCE APPLICATION  
(FAMILY PLANNING ACCEPTANCE)**

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN/RID NUMBER			
CASE NAME (and C/O Name if Present) AND ADDRESS				
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____ ----- - <b>OR</b> Agency Conference _____  Fair Hearing Information and Assistance _____  Record Access _____  Legal Assistance Information _____		
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.

We have accepted your application dated \_\_\_\_\_ for the Family Planning Benefit Program effective \_\_\_\_\_.

This is because your net income (gross income less Medical Assistance deductions) is at or below \$\_\_\_\_\_ (200% of the Federal Poverty Level), which is the Medical Assistance income limit for these services. Please look at the budget calculation section to see how we figured your income.

However, (name(s)) \_\_\_\_\_ is not eligible for the Family Planning Benefit Program because of age.

This means Medical Assistance will pay for family planning services only. Family planning services are services that may help prevent or reduce unwanted pregnancies. The family planning service package includes certain prescription and non-prescription drugs, medical supplies, sterilization and medical counseling. Call **1-800-541-2831** for a list of Family Planning Providers in your area.

For individuals over age 19, we evaluated your eligibility for Family Health Plus.

You were not eligible for full Medical Assistance or Family Health Plus for the reasons noted below:

- You were not eligible for Family Health Plus because your gross income of \$\_\_\_\_\_ is over the Family Health Plus income limit of \$\_\_\_\_\_.
- You were not eligible for Medical Assistance because:
  - Your net income (gross income less Medical Assistance deductions) of \$\_\_\_\_\_ is over the Medical Assistance income limit of \$\_\_\_\_\_. The amount over the income limit is called excess income or spenddown. Please see the attached "Explanation of the Excess Income Program".
  - You told us your countable resources are over the Medical Assistance resource limit of \$\_\_\_\_\_. The amount over the resource limit is called excess resources or spenddown. There is no resource limit for the Family Planning Benefit Program.
  - SPENDDOWN ELIGIBLES ONLY:**  
At the time of your interview for medical insurance coverage, the options of receiving either the Family Planning Benefit Program or Medical Assistance with a spenddown were explained to you. You chose to participate in the Family Planning Benefit Program rather than Medical Assistance with a spenddown. If you accumulate enough medical bills to meet your spenddown of \$\_\_\_\_\_, contact your worker. If you choose to spenddown, you will have to verify your resources, if you have not already done so, since there is a resource limit for Medicaid.
- You were not eligible for Medical Assistance or Family Health Plus because \_\_\_\_\_.
- Persons who are ages 21 through 64, and are not pregnant or certified blind or disabled or caring for their related children under 21 years of age, must meet the requirements of the Public Assistance Program in order to be eligible for Medical Assistance.
  - Your gross income of \$\_\_\_\_\_ is over 185% of the Public Assistance Standard of Need of \$\_\_\_\_\_.
  - Your net income (gross income less Medical Assistance deductions) of \$\_\_\_\_\_ is over the Public Assistance Standard of Need of \$\_\_\_\_\_.

Children up to age 19 may be eligible for Child Health Plus B. Call 1-800-698-4543 for information.

If you do not want Family Planning services for yourself or anyone else you applied for, let your worker know.

This decision is based on Regulations 18 NYCRR 360-4.1, 4.7 and 4.8 and Sections 366(1) (a) (11) and 369-ee of Social Services Law.

*REGULATIONS REQUIRE THAT YOU IMMEDIATELY NOTIFY THIS DEPARTMENT  
OF ANY CHANGES IN NEEDS, RESOURCES, LIVING ARRANGEMENTS OR ADDRESS*

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION**

**BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

**RIGHT TO A CONFERENCE:** You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the first page of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. ***It is not the way you request a fair hearing.*** If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Read below for fair hearing information.

**RIGHT TO A FAIR HEARING:** If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

(1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL)

If you live in: New York City (Manhattan, Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island): (212) 417-6550

If you live in: Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans or Wyoming County: (716) 852-4868

If you live in: Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne or Yates County: (716) 266-4868

If you live in: Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins or Tioga County: (315) 422-4868

If you live in: Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Sullivan, Ulster, Warren, Washington, or Westchester County: (518) 474-8781

If you live in: Nassau or Suffolk County: (516) 739-4868

OR

(2) **Writing:** By sending a copy of this notice **completed**, to the Office of Administrative Hearing, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

I want a fair hearing. The Agency's action is wrong because:

---

---

---

Name: \_\_\_\_\_ Case Number \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Signature of Client \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING**

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, paystubs, receipts, medical bills, heating bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

**LEGAL ASSISTANCE:** If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

**ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS:** To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file which we will give to the hearing officer at the fair hearing. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you think you may need to prepare for your fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice, or write us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

**INFORMATION:** If you want more information about your case, how to ask for a fair hearing, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call us at the telephone numbers listed on the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

**AVISO DE RESOLUCIÓN SOBRE SU SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA**  
(ACEPTACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR)

FECHA DEL AVISO:		NOMBRE Y DIRECCION DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO		
NUMERO DE CASO	NUMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y Nombre del C/O Si Esta Presente) Y DIRECCION				
		NO. DE TELEFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____		
		-----		
		<input type="radio"/> para Conferencia con la Agencia _____ informacion y asistencia Sobre Vista Imparcial _____ Acceso a Archivos/Records _____ informacion sobre Asistencia Legal _____		

OFICINA NO.	UNIDAD NO.	NO. del Trabajador(a)	NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) O DE LA UNIDAD	NO. DE TELEFONO
-------------	------------	-----------------------	---	-----------------

Hemos aceptado su solicitud fechada el \_\_\_\_\_ para el Programa de Beneficios para la Planificación Familiar, a partir del \_\_\_\_\_.

*Esto se debe a que sus ingresos netos (ingreso bruto menos las deducciones por Asistencia Médica) son inferiores o iguales a \$ \_\_\_\_\_ (200% del Índice Federal de Porbeza), lo que constituye el límite de ingresos de Asistencia Médica para este tipo de servicios. Por favor, consulte la sección de cálculo de presupuestos para ver cómo estimamos sus ingresos.*

No obstante, (nombre(s)) \_\_\_\_\_ no califica(n) para el Programa de Beneficios para la Planificación Familiar debido a su(s) edad(es).

Esto significa que Asistencia Médica pagará solamente por los servicios de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar son servicios que pueden ayudarlo a prevenir o reducir el número de embarazos no deseados. El paquete de servicios de planificación familiar incluye ciertos medicamentos, con y sin prescripción médica, suministros médicos, esterilización y asesoramiento médico. Llame al **1-800-541-2831** para solicitar un listado de proveedores de Planificación Familiar en su área.

Para aquellas personas mayores de 19 años de edad, hemos evaluado su elegibilidad para Family Health Plus.

Usted no calificó para Asistencia Médica completa o Family Health Plus por las razones que se citan debajo:

- No calificó para Family Health Plus porque su ingreso bruto de \$ \_\_\_\_\_ está por encima del límite de ingresos de Family Health Plus de \$ \_\_\_\_\_.
- No calificó para Asistencia Médica porque:
- Sus ingresos netos (ingreso bruto menos las deducciones por Asistencia Médica) de \$ \_\_\_\_\_ están por encima del límite de ingresos de Asistencia Médica de \$ \_\_\_\_\_. La cantidad por encima del límite de ingresos se llama excedente de ingresos o responsabilidad económica del paciente. Por favor, consulte el documento adjunto "Explicación del Programa de Excedente de Ingresos".
- Usted nos explicó que sus recursos contables están por encima del límite de recursos de Asistencia Médica de \$ \_\_\_\_\_. La cantidad por encima del límite de recursos se llama excedente de recursos o responsabilidad económica del paciente. No existe un límite de recursos para el Programa de Beneficios para la Planificación Familiar.
- SOLAMENTE PARA ELEGIBLES DE RESPONSABILIDAD ECONÓMICA:**  
En el momento de su entrevista para la cobertura de seguro médico, se le explicaron las opciones para recibir tanto el Programa de Beneficios para la Planificación Familiar como Asistencia Médica con una responsabilidad económica. Usted eligió participar en el Programa de Beneficios para la Planificación Familiar, y no así en Asistencia Médica con responsabilidad económica. Si usted acumula suficientes cuentas médicas para cubrir su responsabilidad económica de \$ \_\_\_\_\_, contacte a su asistente social. Si usted opta por la responsabilidad económica, deberá verificar sus recursos, si no lo ha hecho aún, ya que existe un límite de recursos para Medicaid.
- Usted no calificó para Asistencia Médica o Family Health Plus porque \_\_\_\_\_.
- Aquellas personas entre 21 y 64 años de edad, que no estén embarazadas ni sean declaradas ciegas o discapacitadas, o que no tengan a su cargo hijos menores de 21 años, deberán cumplir con los requisitos del Programa de Asistencia Pública a los efectos de calificar para Asistencia Médica.
- Su ingreso bruto de \$ \_\_\_\_\_ está por encima del 185% del Estándar de Necesidad de Asistencia Pública de \$ \_\_\_\_\_.
- Sus ingresos netos (ingreso bruto menos las deducciones por Asistencia Médica) de \$ \_\_\_\_\_ están por encima del Estándar de Necesidad de Asistencia Pública de \$ \_\_\_\_\_.

Los menores de hasta 19 años de edad pueden calificar para Child Health Plus B. Llame al 1-800-698-4543 para solicitar información.

Si no desea los servicios de Planificación Familiar para usted o para cualquier otra persona para quien los haya solicitado, hágase saber a sus asistente social

Esta decisión fue tomada basándose en las Normas 18 NYCRR 360-4.1, 4.7 y 4.8 y en las Secciones 366(1) (a) (11) y 369-ee de la Ley de Servicios Sociales.

*LAS NORMAS EXIGEN QUE USTED NOTIFIQUE A ESTE DEPARTAMENTO DE INMEDIATO SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN SUS NECESIDADES, RECURSOS, ORGANIZACIÓN DE VIDA O DIRECCIÓN*

**USTED TIENE DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN  
ASEGÚRESE DE LEER EL RESTO DE ESTE AVISO RESPECTO DE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN**

**DERECHO A UNA CONFERENCIA:** Usted puede tener una conferencia para revisar estas acciones. Si usted desea una conferencia, debe solicitar una tan pronto como sea posible. En la conferencia, si descubrimos que tomamos la decisión equivocada o si, debido a información que usted proporcione decidimos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le proporcionaremos un nuevo aviso. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de este aviso o enviándonos una petición por escrito a la dirección que se menciona en la parte superior de la portada de este aviso. Este número se utiliza sólo para solicitar una conferencia. **No es la manera de solicitar una audiencia justa (fair hearing, en inglés).** Si solicita una conferencia usted aún tiene derecho a una audiencia justa. Lea más adelante acerca de la información de audiencia justa.

**DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA:** Si usted piensa que la acción anterior está equivocada, usted puede solicitar una audiencia justa Estatal:

**(1) Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA A LA MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

**Si vive en:** La Ciudad de Nueva York (Manhattan, Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island): (212) 417-6550

**Si vive en:** Los Condados de Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans o Wyoming: (716) 852-4868

**Si vive en:** Los Condados de Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne o Yates: (716) 266-4868

**Si vive en:** Los Condados de Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins o Tioga: (315) 422-4868

**Si vive en:** Los Condados de Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Sullivan, Ulster, Warren, Washington o Westchester: (518) 474-8781

**Si vive en:** Los Condados de Nassau o Suffolk: (516) 739-4868

**Ó**

**(2) Escribiendo:** Enviando una copia de este aviso **debidamente llenado**, a la Oficina de Audiencias Administrativas de la Oficina de Asistencia Temporal y de Discapacidades del Estado de Nueva York a la siguiente dirección: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Por favor conserve una copia para usted.

Deseo una audiencia justa. La acción de la Agencia está equivocada debido a:

---

---

---

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**USTED TIENE 60 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA JUSTA**

Si usted solicita una audiencia justa, el Estado le enviará un aviso informándole de la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene derecho a que un asesor jurídico, un familiar, un(a) amigo(a) u otra persona lo(a) represente o a representarse a sí mismo(a). Durante la audiencia usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia por escrito y verbal para demostrar por qué no se debe tomar la acción, así como también la oportunidad de cuestionar a cualquier persona que comparezca durante la audiencia. También tiene derecho a presentar testigos para que hablen en su favor. Usted debe traer a la audiencia cualquier documento, como por ejemplo, este aviso, talones de sueldo, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, verificación médica, cartas, etc. que puedan ser útiles para presentar su caso.

**ASISTENCIA LEGAL:** Si necesita asistencia legal gratuita, es posible que usted pueda obtener dicha asistencia comunicándose con la Sociedad de Asistencia Legal local u otro grupo defensor legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Asistencia Legal (Legal Aid Society, en inglés) o grupo defensor más cercano revisando las Páginas Amarillas de su directorio telefónico bajo el título "Lawyers" (que significa "Abogados") o llamando al número que se indica al frente de este aviso.

**ACCESO A SU EXPEDIENTE Y A COPIAS DE LOS DOCUMENTOS:** Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a revisar su archivo de caso. Si llama o nos escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de su archivo que nosotros le proporcionaremos al oficial de audiencia durante la audiencia justa. También, si usted llama o nos escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de otros documentos de su archivo que pensemos que usted puede necesitar para prepararse para su audiencia justa. Para solicitar documentos o para determinar cómo revisar su archivo, llámenos al número de teléfono de la Sección de Acceso a Archivos (Record Access, en inglés) que se encuentra en la parte superior del frente de este aviso o escríbanos a la dirección impresa en la parte superior del frente de este aviso.

Si usted desea obtener copias de los documentos de su archivo de caso, debe solicitarlas por anticipado. Se le proporcionarán en un tiempo razonable antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo únicamente si usted específicamente solicita que se le envíen por correo.

**INFORMACIÓN:** Si usted desea información adicional acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia justa, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, por favor llámenos a los números de teléfono que se mencionan en la parte superior del frente de este aviso o escríbanos a la dirección impresa en la parte superior del frente de este aviso.