

**AVISO DE ACEPTACIÓN DE SU SOLICITUD PARA ASISTENCIA MÉDICA
(PROGRAMA DE COMPRA DE BENEFICIOS DE MEDICAID PARA PERSONAS QUE TRABAJAN Y
ESTÁN INCAPACITADAS)**

Fecha del aviso		Nombre y dirección de la agencia/Centro u oficina de distrito	
Número de Caso	Número CIN		
Nombre del Caso y Dirección			
		No. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA (518) 473-8887	
		O Conferencia con la agencia	(518) 473-8887
		Audiencias imparciales	
		Información y asistencia	(800) 342-3334
		Acceso a los archivos	(518) 473-8887
		Asistencia Legal	_____
No. de oficina	No. de unidad	No. de trabajador(a) de casos MBI-WPD	Nombre del trabajador(a) No. de teléfono

ACEPTAREMOS su solicitud para Asistencia Médica de fecha _____ para el Programa de Compra de Beneficios de Medicaid para Personas que Trabajan y están Incapacitadas(MBI-WPD) a partir del _____, para la(s) siguiente(s) persona(s) (nombre/s) _____.

Favor de revisar la hoja de datos del umbral de utilización del programa de Asistencia Médica que se encuentra en la sección de Asistencia Médica del folleto LDSS-4148B-SP titulado «Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales». Esta hoja le explica las limitaciones en los tipos de servicios. El folleto LDSS-4148B se le entregó cuando solicitó los servicios de asistencia.

Esto de debe a que su ingreso neto (ingresos brutos menos las deducciones de Asistencia Médica) por la cantidad de _____ es igual o menor que la cantidad límite permitida por el programa de Compra de Beneficios de Medicaid para Personas que Trabajan y están Incapacitadas (MBI-WPD) cuyo límite es de \$ _____ (250% del nivel de pobreza según lo establece el gobierno federal) y los recursos que se tomaron en cuenta por la cantidad de \$ _____ sobrepasan o llegan al límite de recursos de \$10,000.

Esto significa que usted puede afiliarse al programa del Estado de Nueva York de MBI-WPD, el cual le proporcionará cobertura de Asistencia Médica siempre y cuando:

- tenga un reconocimiento médico indicando su incapacidad; **y**
- esté trabajando; **y**
- tenga por lo menos 16 años de edad pero menos de 65; **y**
- tenga ingresos netos menores o igual al 250% del nivel de pobreza según lo establece el gobierno federal (FPL); **y**
- tenga recursos igual o menor a una cantidad de \$10,000; **y**
- cumpla con sus obligaciones en cuanto a los pagos de prima (de ser obligatorios).

TOME NOTA: NO SE LE EXIGE UN PAGO DE PRIMA POR EL MOMENTO. SIN EMBARGO, EN EL 2005 EL ESTADO DE NUEVA YORK PONDRÁ EN MARCHA UN SISTEMA PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS PAGOS DE PRIMA. SI SUS INGRESOS NETOS ESTÁN ENTRE EL 150% Y EL 250% DEL NIVEL DE POBREZA SEGÚN LO ESTABLECE EL GOBIERNO FEDERAL SE LE EXIGIRÁ PAGAR UNA PRIMA. CUANDO EL REQUISITO DEL PAGO DE PRIMA ENTRE EN VIGOR SE LE NOTIFICARÁ DE LA CANTIDAD DE LA PRIMA A PAGAR.

Debido a que usted nos solicitó determinar si reúne las condiciones para recibir todos los cuidados y servicios que cubre Medicaid INCLUYENDO cuidados a largo plazo proveídos en la comunidad PERO NO los servicios de enfermería en centros de cuidados, no examinamos sus recursos de los últimos 36 meses (60 meses si se trata de un fideicomiso) y no tendrá cobertura por los siguientes servicios de enfermería:

- Cuidados de enfermería que se crea tengan una duración de por lo menos 30 días; o
- Cuidados de enfermería provistos en un hospital; o
- Cuidados de hospicio en centro de cuidados de enfermería; o
- Cuidados administrados de salud a largo plazo en un centro de cuidados de enfermería.

Si necesita cuidados de enfermería en un centro, comuníquese con su departamento local de Servicios Sociales. El personal de ese departamento examinará los recursos de los que ha dispuesto en los últimos 36 meses (60 si se trata de un fideicomiso) para determinar si reúne las condiciones para que Medicaid cubra estos servicios.

Hemos incluido una hoja(s) de cálculo de presupuesto de manera que usted pueda entender cómo hemos determinado los beneficios para los cuales usted reúne los requisitos.

La LEGISLACIÓN Y/O REGLAMENTO que nos permite tomar esta decisión es la Sección 366(1)(a)(12) y 367-a(12) de las leyes de Servicios Sociales.

ATENCIÓN: Las personas que reciben Asistencia Médica podrían reunir los requisitos para recibir un descuento en su servicio telefónico. Para más información sobre el servicio de *Lifeline* llame al 1-800-555-5000, la llamada es gratis.

LEGISLACIÓN VIGENTE EXIGE QUE USTED NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO DE TODO CAMBIO EN SUS NECESIDADES, RECURSOS, SITUACIÓN DE VIVIENDA O DIRECCIÓN.

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN.

LEA EL REVERSO DE ESTE AVISO PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede pedir una conferencia para revisar estas acciones. Si desea una conferencia, le sugerimos solicitarla lo más pronto posible. Si durante la conferencia nos percatamos que nuestra decisión fue errónea, o en base a la información que usted proporcione, decidimos cambiar nuestra decisión; tomaremos acción correctiva y le proporcionaremos una nueva notificación. Puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una solicitud a la dirección que aparece en la parte superior de la misma página. Este número es solamente para solicitar conferencias y **no es la manera de solicitar una audiencia imparcial**. Aunque solicite una conferencia, también tiene el derecho a una audiencia imparcial. Si desea que sus beneficios continúen sin cambios (asistencia ininterrumpida) a la espera de la decisión de la audiencia imparcial; debe solicitar una audiencia imparcial de la manera que se describe abajo. Lea a continuación la información sobre audiencias imparciales.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si cree que la decisión antes mencionada es errónea, puede solicitar una audiencia estatal de la siguiente manera:

(1) **Por teléfono:** (FAVOR DE TENER A MANO ÉSTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME)

(800) 342-3334

(2) **Por facsímil:** Envíe una copia de esta notificación al número de fax (518) 473-6735 ó

(3) **Por computadora:** Complete y envíe el formulario electrónico de petición en la siguiente dirección de Internet:

<https://www.otda.state.ny.us/oah/oahforms/erequestform.asp> ó

<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp> ó

(4) **Por escrito:** Envíe una copia de esta notificación **completamente rellena** a: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Favor de quedarse con una copia.

Solicito una audiencia imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque: _____

Nombre (en letra de molde): _____ No. de caso _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

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

Si usted solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole acerca de la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado, un familiar, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). Durante la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrá la oportunidad de presentar pruebas orales y escritas para demostrar la razón por la cual la acción no debe llevarse a cabo, así como también la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca en la audiencia. También, tiene el derecho de presentar testigos que testifiquen en su favor. Se le sugiere presentar en la audiencia documentos tales como: esta notificación, talonarios de pagos salariales, recibos, cuentas médicas, cuentas de calefacción, verificación médica, cartas, etc., que puedan ayudarle en la presentación de su caso.

CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS: Si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso; continuará recibiendo sus beneficios como siempre hasta que se dé a conocer la decisión de la audiencia imparcial. No obstante, si no se decide a su favor en la decisión de la audiencia imparcial, nos podremos cobrar los beneficios de Asistencia Médica que usted recibió y a los cuales no tenía derecho. Si desea evitar esta situación, marque la casilla abajo indicando que usted no desea continuar recibiendo ayuda y envíe esta página junto con su petición de audiencia. Si usted marca la casilla, la acción descrita arriba será adoptada en la fecha de vigencia indicada arriba.

Estoy de acuerdo que se tome la decisión con respecto a mis beneficios de Asistencia Médica, según se describe en esta notificación, antes de darse a conocer la decisión de la audiencia imparcial.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratis, puede obtener tal ayuda comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o el grupo de abogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas bajo "Abogados" ("Lawyers") o llamando al número que se indica en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, se le otorga el derecho de examinar el archivo de su caso. Si nos llama por teléfono o nos manda una carta, le proporcionaremos copias gratis de los documentos de su archivo, los mismos que entregaremos al funcionario de audiencias en la audiencia imparcial. Así mismo, si usted nos llama por teléfono o nos manda una carta, le proporcionaremos copias gratis de otros documentos de su archivo que usted considere necesarios al prepararse para la audiencia imparcial. Para solicitar los documentos o para averiguar cómo examinar su archivo, llámenos al número de teléfono para Acceso a archivos que aparece en la parte superior de la página 1 de esta notificación o escribanos a la dirección impresa en la parte superior de esa misma página.

Si desea copias de los documentos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Se le entregarán en un plazo razonable antes de la fecha de la audiencia. Se le enviarán los documentos por correo solamente si usted específicamente lo solicita.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo examinar su archivo o cómo conseguir copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono indicados al comienzo de la página 1 de esta notificación o escribanos a la dirección impresa en esa misma página.