

AVISO DE DECISIÓN TOMADA CON RELACIÓN AL PROGRAMA DE AYUDA CON PAGOS DE PRIMAS - FAMILY HEALTH PLUS

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA DE VIGENCIA:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA / CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO	
Nº DE CASO:		UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo, si está presente) Y DOMICILIO					
				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				Conferencia con la Agencia _____	
				Audiencias Imparciales Información y asistencia _____	
				Acceso a los Archivos _____	
				Información sobre Asesoramiento Legal _____	
Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	Nº DEL TRABAJADOR DE CASOS	Nº UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR	Nº DE TELÉFONO	

El departamento local de servicios sociales ha tomado una decisión pertinente a su habilitación para recibir beneficios del Programa de Ayuda con los Pagos de Primas de Family Health Plus.

Este departamento tomará la siguiente acción:

- ACEPTARÁ** la solicitud de fecha _____ para (nombre[s]) _____.
- A partir del: _____, el programa de ayuda con los pagos de primas pagará \$ _____
- semanalmente cada dos semanas mensualmente trimestralmente
- RECHAZARÁ** la solicitud de fecha _____ para (nombre[s]) _____.
- El motivo de esta decisión es el siguiente: No es eficaz, en función de los costos, que Medicaid continúe pague la prima del seguro médico que usted recibe por parte de su empleador.
- CONTINUARÁ** los pagos de primas para (nombre[s]) _____, a partir del _____. El programa de ayuda con los pagos de primas pagará \$ _____
- semanalmente cada dos semanas mensualmente trimestralmente
- NO SE TOMARÁ DECISIÓN ALGUNA** sobre la solicitud de fecha _____ dado que ésta fue retirada.
- CAMBIARÁ** de Cuidados Administrados de Family Health Plus, a Programa de Ayuda con los Pagos de Primas de Family Health Plus para (nombre[s]) _____. Usted será retirada(o) del seguro de salud _____, a partir del _____ y se le inscribirá en el seguro médico de su empleador _____, a partir del: _____. El Programa de Ayuda con los Pagos de Primas pagará \$ _____
- semanalmente cada dos semanas mensualmente trimestralmente
- SUSPENDERÁ** los beneficios del Programa de Ayuda con los Pagos de Primas para (nombre[s]) _____ a partir del _____. El **motivo** de esta decisión es la siguiente:
- Usted ya no tiene acceso al seguro médico de su empleador; a usted se inscribirá en el plan de Family Health Plus que usted seleccionó en la solicitud.
- Usted ya no cuenta con un plan de seguro de salud por parte de su empleador. Debe rellenar el formulario adjunto de inscripción en el Plan de Salud Family Health Plus, y devolverlo en los próximos 10 días a la dirección indicada arriba si desea recibir el seguro de salud Family Health Plus.
- No es eficaz, en función de los costos, que Medicaid continúe pagando la prima del seguro médico que usted recibe por parte de su empleador. Usted nos debe notificar **dentro de 10 días** si usted decide retener el seguro médico que recibe por parte de su empleador y continuar pagando usted mismo(a) el costo de las primas del seguro. Si usted no responde, cesará su cobertura. Si usted decide suspender su seguro médico, usted debe suministrar un comprobante por escrito que muestre la fecha en que la cobertura cesa. Además, usted debe escoger un plan de salud de Family Health Plus **dentro de 10 días** si desea recibir beneficios del seguro médico de Family Health Plus.
- No es eficaz, en función de los costos, el continuar pagando su prima.

Si la presente solicitud se rechaza o se suspende por razones económicas, a continuación explicamos cómo se evaluaron los requisitos. El ingreso, los recursos y las deducciones permitidas / excepciones son las siguientes:

INGRESOS		RECURSOS	
Ingresos brutos mensuales	\$ _____	Recursos contables	\$ _____
Deducciones	- \$ _____	Exenciones	- \$ _____
Ingreso neto mensual	\$ _____	Recursos netos	\$ _____
Estándar permitido	\$ _____	Estándar permitido	\$ _____
Ingresos en exceso	\$ _____	Recursos en exceso	\$ _____

La ley y/o reglamentación que nos permite tomar esta decisión es SSL 369-ee.

Si alguna decisión fue tomada por circunstancias financieras, hemos adjuntado una hoja de cálculo de presupuesto para que usted pueda ver cómo calculamos su habilitación para recibir beneficios.

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER EL DORSO DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA INFORMARSE SOBRE CÓMO APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN

DERECHO A UNA CONFERENCIA: usted puede solicitar una conferencia para examinar la decisión tomada. Si desea solicitar una conferencia, hágalo lo más pronto posible. Si en la conferencia nos percatamos que nuestra decisión es incorrecta; o si según la información que usted nos brinde, decidimos modificar la decisión tomada, tomaremos la medida correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Puede solicitar una conferencia llamando al número de teléfono que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una carta a la dirección que aparece en esa misma página. Ese número es solamente para solicitar una conferencia con la agencia **y no es la manera de solicitar una audiencia imparcial**. Tiene derecho a una audiencia imparcial aunque solicite una conferencia. Si desea que sus beneficios continúen sin cambios (asistencia ininterrumpida) hasta que se tome una decisión de su caso en la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de la manera descrita a continuación. Lea la siguiente información sobre audiencias imparciales.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: si usted cree que la decisión descrita anteriormente es incorrecta, puede solicitar una audiencia estatal imparcial de las siguientes maneras:

- 1) **Por teléfono:** llame al número estatal: 1 800 -342-3334 (TENGA A MANO ESTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME)
- 2) **Por fax:** envíe una copia de esta notificación al (518) 473-6735
- 3) **Por internet:** rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>; **OR**
- 4) **Por escrito:** rellene este aviso en su **totalidad** y envíe una copia 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.

Deseo una audiencia imparcial. La decisión de la agencia es incorrecta porque: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Nº de Caso: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

USTED TIENE 60 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole dónde y cuándo se llevará a cabo la audiencia. Usted tiene derecho a ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo(a) u otra persona, o de representarse así mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué no se debe tomar la medida, como también la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca a la audiencia. Además, usted tiene el derecho de presentar testigos que avalen su caso. Le sugerimos traer consigo todo documento pertinente que le ayude a avalar su caso, tales como: talonario de cheques de pago, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc.

CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS: si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en esta notificación, continuará recibiendo sus beneficios sin cambios hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si la audiencia no se decide a su favor, podríamos pedirle que nos devuelva la cantidad correspondiente a los beneficios de Asistencia Médica que usted recibió y que no tenía que haber recibido. Si no quiere que esto ocurra, marque la siguiente casilla indicando que no quiere que continúen sus beneficios, y mande esta hoja junto con la petición de audiencia. Si marca la casilla, la medida descrita anteriormente se llevará a cabo en la fecha fijada arriba.

Estoy de acuerdo en que se tome la decisión indicada en esta notificación con respecto a mis beneficios de Asistencia Médica antes de la decisión de la audiencia imparcial.

ASISTENCIA LEGAL: si necesita asesoría legal gratuita, podría obtenerla llamando al número local de la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal. Puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía en las Páginas Amarillas del directorio telefónico bajo «Lawyers» (abogados), o llamando al número que aparece en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: en preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias de otros documentos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al número de teléfono de Acceso a Archivos que aparece en la parte superior de la página 1 de esta notificación. o mande una carta a la dirección indicada en esa misma página.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada para la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

INFORMACIÓN: si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en la primera página de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.

ATENCIÓN: los niños menores de 19 años de edad que no reúnen los requisitos de Child Health Plus A o de algún otro seguro médico, podrían reunir los requisitos del Seguro de Salud Child Health Plus B (Child Health Plus B). El seguro brinda atención y cuidados de salud para niños. Si desea información llame al 1-800-522-5006.