

通知日期 _____ CIN 编号 _____

生效日期 (需要提前 10 天通知) _____

Health Home (健康之家)

姓名 _____

地址 _____

基本咨询或帮助电话号码 _____

会员

姓名 _____

父母、法定监护人、合法授权代表 (如有) _____

地址 _____

本信函告知您 _____ 生效日期 _____ 本机构 _____ Health Home (健康之家)

会将您从 Health Home (健康之家) 计划中除名

您并不符合继续加入此计划所需的标准。因此,我们将会在生效日期将您从健康之家计划中除名,原因如下:

您不再需要健康之家护理管理服务,因为您不符合以下适宜性标准 (勾选所有适用项)

- 您当前已实现了所有健康和康复目标
- 您不再面临不良事件的风险 (如死亡、残疾、住进医院或养老院、强制性预防服务或家庭外安置)
- 您当前拥有足够的社会/家庭/住房保障
- 您当前的家庭关系没有严重变化
- 您当前与医疗服务系统有足够的联系
- 您当前坚持治疗
- 您当前没有遇到管理药物的困难
- 您在日常生活、学习和认知方面上不再有障碍
- 其他 _____

您和您的孩子或照料者同时有资格参加或已加入其他健康之家计划

您当前居住在计划排除在外的地点 (例如康复中心、养老院或监狱等)

我们与您失联,因此无法向您提供健康之家护理管理服务

您不再符合健康之家慢性疾病的资格标准。您必须患有:

- 两种或以上慢性疾病,或
- 一种符合条件的慢性疾病 (请在附件 A 上查看符合条件的单一病症)

您不再拥有适当类型的 Medicaid 保险以获取健康之家服务。

本行动的依据是 NYS SSL 365-I

Health Home (健康之家) 代表

签名: X _____

如果您不同意此决定,您可以要求举行会议、公平听证,或两者同时进行。请仔细阅读本通知的背面,以了解您如何申请会议和/或公平听证。

要求举行会议的权利:您可以申请举行会议以对这些行动进行复议。如果您要求举行会议,您应尽快提出申请。在会议上,如果我们发现所做出的决定是错误的,或者基于您提供的信息,我们决定改变决定,我们将采取纠正措施并书面通知您。您可以拨打本决定通知第一页上所列的号码或将书面申请发送至本决定通知第一页顶部所列的地址申请举行会议。此号码仅用于申请会议。这并非您申请公平听证的方式。如果您要求举行会议,您仍有权获得公平听证。您必须按照以下方式申请公平听证。此外,如果您希望在获得公平听证决定前继续让您的福利维持不变(继续援助),请确保已阅读并填写以下名为“继续取得您的福利”的这部分内容。

公平听证权:如果您认为上述行动有误,您可以通过以下方式申请州公平听证:

- 1) 电话:您可以拨打全州免费电话:800-342-3334(请在拨打电话时将此通知放在一旁);或者
- 2) 传真:请将此通知发送传真至(518) 473-6735;或者
在线:填写并发送网上申请表:<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>;或者
- 3) 写信:将已填妥的此通知发送至:Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O.Box 1930, Albany, New York 12201。请您自己保留一份副本。
- 4) 直接申请(仅限纽约市):
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearing
14 Boerum Place – 1st Floor
Brooklyn, New York 11201
- 5) 言语和听力障碍人士:
请联系纽约中继服务:711 或 1-800-622-1220。
请求接线员拨打 877-502-6155。此号码的服务仅提供给使用 TDD 设备的呼叫者。

我要进行公平听证。此行动不当,理由是: _____

自本通知出具之日起 60 天内申请公平听证

如果您申请公平听证,纽约州将向您发出通知,告知您听证的时间和地点。您有权由法律顾问、亲属、朋友或其他人代表您,或由您自己参加听证。在听证会上,您的律师或其他代表可以提供书面和口头证据,以证明不应采取行动的理由,并且可以向出席听证会的任何人提问。此外,您有权让证人为您发言。您应将可能有助于陈述您案情的任何文件,例如本通知、工资单、收据、医疗保健账单、取暖费账单、医疗证明、医生信函等带到听证会。

继续取得您的福利:如果您在本通知所述的生效日期之前申请公平听证,您继续收到的福利将维持不变,直至公平听证的决定发布。但是,如果您在公平听证中败诉,我们可能会收回您不应取得的任何医疗补助福利的费用。如果您希望避免这种可能性,请勾选下面的方框以表示您不希望继续取得援助,并将此页面与您的听证请求一起发送。如果您勾选该方框,上述行动则将于上文所列的生效日期执行。

我同意在发布公平听证决定前,按照本通知中的说明对我的医疗补助福利采取行动。

法律援助:如果您需要免费法律援助,您可以联系当地的法律援助协会或其他法律维权团体获得此类帮助。您可以通过查看“律师”黄页或拨打本通知第一页上显示的电话号码,找到最近的法律援助协会或维权团体。

查阅您的档案和文件副本:为了帮助您做好听证准备,健康之家将在收到 ODTA 关于公平听证日期的通知后 10 个工作日内向您发送整套证据的副本。整套证据包含健康之家用于决定您的健康之家注册的信息,将提供给听证员以解释相关决定。如果您在听证前一周没有收到整套证据,请使用本决定通知第 1 页顶部所列的电话号码与我们联系并提出要求。如果没有足够时间将整套证据邮寄给您,健康之家将在听证会上向您提供一份副本。

您有权查看您的案件档案。如果您认为可能需要使用档案中其他文件的副本为您的公平听证做准备,并且提前使用本决定通知第 1 页顶部所列的电话号码致电我们或在听证日期前的合理期限内致函我们,我们将免费为您提供此类文件。仅当您明确要求邮寄时,我们才会将文件邮寄给您。

信息:如果您想了解关于您的案件、如何申请公平听证、如何查看您的档案或如何获得其他文件副本的更多信息,请使用本通知第 1 页顶部所列的电话号码致电我们或使用本通知第 1 页顶部所列的地址致函我们。

工整填写的姓名: _____ 客户身份标识编号(CIN): _____

地址: _____ 电话号码: _____

签名: X _____ 日期: _____

原件发送给: Medicaid 会员/父母/监护人/合法授权代表

酌情抄送给: Quality Management Specialist (QMS) Local Department of Social Services (质量管理专家当地社会服务部) 或 Division of Juvenile Justice and Opportunities for Youth (青少年司法和青年机会部)、Health Care Integration Agency (医疗保健整合机构)、Case Planning Agency (案例规划机构)、护理提供者、Voluntary Foster Care Agency (自愿寄养机构)、医疗同意者、Developmental Disabilities Regional Office (发育性障碍者地区办事处)

本文件可提供其他语言版本。本通知可使用其他语言向您宣读。

纽约州 Health Home Program (健康之家计划) 的除名决定通知

附件 A

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH (纽约州卫生署)
Office of Health Insurance Programs (健康保险计划办公室)

参加健康之家计划的标准包括患有两种或以上慢性疾病, 或一种满足条件的疾病。

以下列出了满足条件的单一病症:

- 人类免疫缺陷病毒/艾滋病 (成人和儿童) 或
- 严重精神疾病 (SMI) (成人和儿童) 或
- 严重情绪障碍 (SED) (成人和儿童) 或
- 复杂性心理创伤 (仅儿童)
- 智力障碍 (OPWDD)
- 脑性麻痹 (OPWDD)
- 癫痫 (OPWDD)
- 神经功能缺损 (OPWDD)
- 家族性植物神经功能障碍症 (OPWDD)
- 普拉德-威利综合征 (OPWDD)
- 自闭症 (OPWDD)