

إشعار القرار

للتسجيل أو رفض التسجيل في برنامج
إعفاء الأطفال (c) 1915 بولاية نيو يورك

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
الخدمات المنزلية والمجتمعية (Home and Community Based Services, HCBS)

رقم CIN	تاريخ النفاذ	تاريخ الإشعار
الاسم	عضو (طفل / شاب)	
تاريخ الميلاد		
الاسم	بواسطة أحد الأبوين / الوصي / الممثل المفوض قانوناً، إن وجد	
الاسم	المنزل الصحي	
العنوان		
رقم الهاتف		

نحيطك علماً أنه من تاريخ وافقت هذه الهيئة :

اسم المنزل الصحي

التاريخ

على طلبك للحصول على الخدمات المنزلية والمجتمعية (Home and Community Based Services, HCBS) من خلال معايير الأهلية لبرنامج إعفاء الأطفال (c) 1915

لقد وجدنا أنك مؤهل للحصول على إعفاء الأطفال ويمكن أن يبدأ الحصول على خدمات HCBS

لقد تبين أنك مؤهل للحصول على برنامج إعفاء الأطفال، ومع ذلك، فقد تم وضعك في قائمة انتظار إلى حين توافر مكان لك

على رفض طلبك للحصول على الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS) من خلال معايير الأهلية لإعفاء الأطفال (c) 1915 أنت لا تستوفي معايير الأهلية اللازمة للتسجيل في برنامج إعفاء الأطفال للسبب (الأسباب) التالية:

أنت لا تستوفي معايير مستوى الرعاية المستهدفة والمخاطر والمتطلبات الوظيفية اللازمة للتسجيل في الإعفاء

عمرك يزيد عن 21 عامًا

تتلقى خدمات HCBS من نظام HCBS آخر (مثل OPWDD أو MLTC)

يُتوقع منك الإقامة في مكان للمرضى الداخليين (مثل مرفق العلاج السكني، ودار التمريض، والمستشفى، وما إلى ذلك) لمدة 90 يوماً أو أكثر

آخر

تم اتخاذ هذا الإجراء بموجب هيئة إعفاء الأطفال الخاصة بـ HCBS NY 4125 R05.02 و 42 CFR 441.302(c) وقانون الخدمات الاجتماعية (6) 366 أو 366(7) أو 366(9) أو 366(12)

X

توقيع مندوب المنزل الصحي

إذا كنت لا توافق على هذا القرار، فيمكنك طلب عقد مؤتمر أو جلسة استماع عادلة أو كليهما. يرجى قراءة ظهر هذا الإشعار لمعرفة كيفية طلب عقد مؤتمر و / أو جلسة استماع عادلة.

الحق في عقد مؤتمر

قد يتم عقد مؤتمر لأجلك لمراجعة هذه الإجراءات. إذا كنت تريد عقد مؤتمر، فيجب أن تطلب ذلك في أقرب وقت ممكن. وفي المؤتمر، إذا وجدنا أننا اتخذنا قرارًا خاطئًا أو إذا قررنا، بسبب المعلومات التي قدمتها، تغيير قرارنا، فسنستخدم الإجراءات التصحيحية ونبلغك بذلك خطياً. يمكنك طلب عقد مؤتمر عن طريق الاتصال بالرقم المبين في الصفحة الأولى من هذا الإشعار أو بإرسال طلب خطي إلينا على العنوان المبين أعلى الصفحة الأولى من هذا الإشعار. يستخدم هذا الرقم فقط لطلب عقد مؤتمر. ليست هذه هي الطريقة التي تطلب بها جلسة استماع عادلة. إذا طلبت عقد مؤتمر، فلا يزال يحق لك الحصول على جلسة استماع عادلة. يجب أن تطلب جلسة استماع عادلة بالطريقة الموضحة أدناه.

الحق في جلسة استماع عادلة

إذا كنت تعتقد أن الإجراءات أعلاه خاطئ، فيمكنك طلب جلسة استماع عادلة للولاية من خلال:

- 1) **الهاتف:** يمكنك الاتصال بالرقم المجاني على مستوى الولاية: 800-342-3334 (يرجى تقديم وضع الإشعار معك عند الاتصال) ؛ أو
- 2) **الفاكس:** أرسل نسخة من هذا الإشعار إلى رقم الفاكس. 473-6735 (518)؛ أو
- 3) **عبر الإنترنت:** أكمل وأرسل نموذج الطلب عبر الإنترنت على: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp> ؛ أو
- 4) **اكتب:** أرسل نسخة من هذا الإشعار بعد إكماله، إلى قسم جلسات الاستماع العادلة، New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201 يرجى الاحتفاظ بنسخة لنفسك.
- 5) **الحضور شخصياً:** مدينة نيويورك:
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place – 1st Floor
Brooklyn, New York 11201
- 6) **ضعاف النطق والسمع**
اتصل بخدمة New York Relay Service على الرقم 711 أو 1-800-622-1220. اطلب من العامل الاتصال بالرقم 877-502-6155. سيتم توفير الخدمة على هذا الرقم للمتصلين الذين يستخدمون أجهزة TDD فقط.
 أريد جلسة استماع عادلة. قرار الوكالة خاطئ لأن

لديك 60 يوماً من تاريخ هذا الإشعار لطلب جلسة استماع عادلة

إذا طلبت جلسة استماع عادلة، سترسل لك الولاية إشعاراً لإبلاغك بوقت ومكان انعقاد جلسة الاستماع. لديك الحق في أن يمثلك مستشار قانوني أو قريب أو صديق أو شخص آخر أو أن تمثل نفسك. وفي جلسة الاستماع ستتاح لك أو لمحاميك أو ممثلك الآخر الفرصة لتقديم أدلة مكتوبة وشفوية لتوضيح سبب عدم اتخاذ الإجراء، كما ستتاح لك فرصة لاستجواب أي شخص يحضر إلى جلسة الاستماع. كما يحق لك إحضار شهود للتحقق لصالحك. ينبغي لك إحضار أي مستندات إلى جلسة الاستماع مثل هذا الإشعار، وكعقوبات الرواتب، والإيصالات، وفواتير الرعاية الصحية، وفواتير التدفئة، والتحقق الطبي، وخطابات الطبيب، وما إلى ذلك، والتي قد تكون مفيدة في عرض قضيتك.

مساعدة قانونية

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة قانونية مجانية، فقد تتمكن من الحصول على هذه المساعدة عن طريق الاتصال بجمعية المساعدة القانونية المحلية أو مجموعة الدفاع القانوني الأخرى. يمكنك الانتهاء إلى أقرب جمعية مساعدة قانونية أو مجموعة مناصرة عن طريق البحث في الصفحات الصفراء الخاصة بك تحت عنوان "محامون" أو عن طريق الاتصال بالرقم المبين في الصفحة الأولى من هذا الإشعار.

الوصول إلى الملفات ونسخ المستندات الخاصة بك

لمساعدتك في الاستعداد لجلسة الاستماع، لديك الحق في الاطلاع على ملف قضيتك. إذا اتصلت بنا أو راسلنا، فسنزودك بنسخ مجانية من المستندات من ملفك والتي سنعطيكها إلى مسؤول جلسة الاستماع في جلسة الاستماع العادلة. أيضاً، إذا اتصلت بنا أو راسلنا، فسنزودك بنسخ مجانية من المستندات الأخرى من ملفك والتي تعتقد أنك قد تحتاجها للتحضير لجلسة الاستماع العادلة. إذا اتصلت بنا أو راسلنا، فسنوفر لك أيضاً مواداً خاصة بالسياسة ضرورية لك دون مقابل لتقرر ما إذا كنت ستطلب جلسة استماع عادلة أو للتحضير لجلسة الاستماع. تتضمن مواد السياسة التي قد تكون متاحة لك مستندات مثل: التوجيهات الإدارية، ورسائل نظام المعلومات العامة، والرسائل الإعلامية، وأجزاء من الدليل المرجعي لبرنامج Medicaid، والنشرات الإخبارية لتحديثات Medicaid الخاصة بوزارة الصحة ومذكرات المفوض المحلي. لطلب مواد أو مستندات خاصة بالسياسة أو لمعرفة كيفية إلقاء نظرة على ملفك، اتصل بنا على رقم هاتف الوصول إلى السجل المدرج في الجزء العلوي من مقدمة هذا الإشعار أو اكتب إلينا على العنوان المطبوع أعلى المقدمة من هذا الإشعار. إذا كنت تريد نسخاً مجانية من مواد أو مستندات خاصة بالسياسة من ملفك، فيجب عليك طلبها مسبقاً. سيتم تزويدك بها في غضون فترة زمنية معقولة قبل تاريخ جلسة الاستماع. لن يتم إرسال المستندات إليك بالبريد إلا إذا طلبت بالتحديد إرسالها بالبريد.

معلومة

إذا كنت تريد المزيد من المعلومات حول قضيتك، أو كيفية طلب جلسة استماع عادلة، أو كيفية الاطلاع على ملفك، أو كيفية الحصول على نسخ إضافية من المستندات، فاتصل بنا على أرقام الهواتف المدرجة أعلاه في الصفحة 2 من هذا الإشعار أو راسلنا على العنوان أعلاه في الصفحة 2 من هذا الإشعار.

رقم تعريف العميل (Client Identification Number, CIN):	الإسم بأحرف واضحة:
رقم الهاتف:	العنوان:
التاريخ:	التوقيع: X