

# Aviso de decisión de suspensión del programa 1915 (c) Children's Waiver del estado de Nueva York.

Fecha de aviso	Fecha de entrada en vigor	Número de CIN
<b>Miembro (niño/joven)</b>	Nombre	
	Fecha de nacimiento	
<b>c/o padre o madre/tutor legal/representante legal autorizado, si corresponde</b>	Nombre	
<b>Casa de Salud (Health Home)</b>	Nombre	
	Dirección	
	Número de teléfono	

El propósito de este aviso es informarle que, con entrada en vigor desde el \_\_\_\_\_ esta agencia \_\_\_\_\_  
Fecha Nombre de la Casa de Salud

**Ha suspendido su inscripción de HCBS en el programa 1915(c) Children's Waiver.**

Su inscripción en la exención y el acceso a HCBS se suspenderán a partir de la fecha de entrada en vigor anterior debido a las siguientes razones:

- Ya no cumple con los criterios de nivel de atención de los requisitos de objetivo, de riesgo y funcionales necesarios para la inscripción en la exención.
- Cumplió 21 años.
- Recibe servicios de HCBS de otro sistema de HCBS (por ejemplo, OPWDD o MLTC).
- Ha recibido atención con hospitalización durante más de 90 días (por ejemplo, centro de tratamiento residencial, casa de adultos mayores, hospital, etc.)
- Está actualmente en prisión.
- Otro \_\_\_\_\_

Se implementa esta acción en virtud de la autoridad de HCBS Children's Waiver NY 4125 R05.02 y 42 CFR 441.302 (c) y la Ley de Servicios Sociales 366 (6), 366 (7), 366 (9) o 366 (12).

<b>Firma del representante de la Casa de Salud</b>	X
--	---

**SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN, PUEDE SOLICITAR UNA REUNIÓN, UNA AUDIENCIA IMPARCIAL O AMBAS. LEA LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE AVISO PARA SABER CÓMO SOLICITAR UNA REUNIÓN O UNA AUDIENCIA IMPARCIAL.**

## DERECHO A UNA REUNIÓN

Usted puede tener una reunión para revisar estas medidas. Si quiere una reunión, debe solicitar una lo más pronto posible. En la reunión, si determinamos que hemos tomado la decisión equivocada o si, debido a la información que usted presente, decidimos cambiar nuestra decisión, tomaremos medidas correctivas y le daremos un nuevo aviso. Usted puede solicitar una reunión llamándonos al número que aparece en la primera página de este aviso o enviando una solicitud por escrito a la dirección que figura en la parte superior de la primera página de este aviso. Este número solo se utiliza para solicitar una reunión. Esta no es la forma en la que se solicita una audiencia imparcial. Si solicita una reunión, aún tiene derecho a una audiencia imparcial. Si quiere que sus beneficios continúen sin cambios (que continúe el apoyo) hasta que obtenga una decisión de la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de la manera que se describe abajo. Lea abajo la información sobre la audiencia imparcial.

## DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted cree que la decisión anterior es incorrecta, puede solicitar una audiencia imparcial estatal a través de cualquiera de estos medios:

- 1) Teléfono: puede llamar al número de teléfono estatal gratuito: 800-342-3334 (DEBE TENER ESTE AVISO CON USTED CUANDO LLAME): 0
- 2) Fax: envíe una copia de este aviso al (518) 473-6735; 0
- 3) Por Internet: complete y envíe el formulario en línea en: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; 0
- 4) Por escrito: envíe una copia de este aviso completada a Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conserve una copia para usted.
- 5) Sin cita: Ciudad de Nueva York:  
Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
14 Boerum Place – 1st Floor  
Brooklyn, New York 11201
- 6) Servicios de habla y audición  
Comuníquese con el sistema de retransmisión del estado de Nueva York llamando al 711 o 1-800-622-1220. Solicite que el operador llame al 877-502-6155. El servicio en este número solo se dará a las personas que llamen a través del uso del equipo de TDD.

Quiero una audiencia imparcial. La medida que tomó la Agencia no es la correcta debido a \_\_\_\_\_

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

Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará un aviso en el que figurará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene derecho a que lo represente un abogado, un familiar, un amigo u otra persona, o bien puede representarse usted mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar pruebas por escrito y de forma oral para demostrar por qué no debe tomarse la medida, así como la oportunidad de interrogar a cualquier persona que comparezca en la audiencia. Además, usted tiene derecho a presentar testigos que declaren a su favor. Debe llevar a la audiencia todos los documentos que puedan ser útiles en la presentación de su caso, como este aviso, comprobantes de pago, talonarios, facturas médicas, facturas de calefacción, documentos de verificación médica, cartas del médico, etc.

## CONTINÚE RECIBIENDO SUS BENEFICIOS

Si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada en vigencia mencionada en este aviso, continuará recibiendo sus beneficios sin cambios hasta que se emita la decisión sobre la audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde la audiencia imparcial, podemos recuperar el costo de los beneficios de Medicaid que no debería haber recibido. Si desea evitar esta posibilidad, marque la casilla de abajo para indicar que no desea que la ayuda continúe, y envíe esta página junto con su solicitud de audiencia. Si marca la casilla, la medida descrita arriba se tomará en la fecha de entrada en vigencia que figura arriba.

Acepto que se tome la medida sobre mis beneficios de Medicaid, según se describe en este aviso, antes de la emisión de la decisión sobre la audiencia imparcial.

## ASISTENCIA LEGAL

Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtener dicha asistencia al comunicarse con su Sociedad de Ayuda Legal local o con algún otro grupo de defensa legal. Puede encontrar la Sociedad de Ayuda Legal más cercana o la asociación de defensoría legal en las Páginas Amarillas, en "Lawyers" (Abogados), o puede llamar al número indicado en la primera página de este aviso.

## ACCESO A SU EXPEDIENTE Y A COPIAS DE DOCUMENTOS

Para prepararse para la audiencia, tiene derecho a ver el expediente de su caso. Si nos llama o escribe, le daremos copias gratis de los documentos de su expediente, que le entregaremos al oficial de la audiencia en la audiencia imparcial. Además, si nos llama o escribe, le daremos copias gratis de otros documentos de su expediente que usted considere necesarios para prepararse para su audiencia imparcial. Si nos llama o escribe, también pondremos a su disposición, sin costo alguno, documentos específicos de las políticas necesarios para que usted decida si quiere solicitar una audiencia imparcial o para prepararse para la audiencia. Los materiales de la política que pueden estar disponibles para usted incluyen documentos tales como: Directivas administrativas, mensajes del sistema de información general, cartas informativas, partes de la guía de referencia de Medicaid, boletines actualizados del Departamento de Salud sobre Medicaid y memorandos del comisionado local. Para solicitar documentos de política específicos o para informarse sobre cómo ver su expediente, comuníquese con nosotros, llamando al número de acceso a los registros que aparece 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 quiere copias gratis de documentos de políticas específicos o de los documentos del expediente de su caso, pídalas con anticipación. Se le entregarán en un tiempo razonable, antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán por correo solo si los solicita específicamente.

## INFORMACIÓN

Si quiere obtener más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo ver su expediente o cómo obtener copias adicionales de los documentos, llámenos a los números indicados en la parte superior de la página 1 de este aviso o escríbanos a la dirección impresa en la parte superior de la página 1 de este aviso.

Nombre en letra de molde:	Número de identificación del cliente (CIN):
Dirección:	Número de teléfono:
Firma: X	Fecha: