

Avviso di determinazione delle iscrizioni al New York State Health Home Program (Programma Health Home del New York State)

Data dell'avviso _____ Numero di identificazione (CIN) _____

Data di entrata in vigore _____

Health Home

Nome _____

Indirizzo _____

Numero di telefono per domande o aiuto _____

Membro

Nome _____

Genitore, tutore legale, rappresentante legalmente autorizzato, se presenti, _____

Indirizzo _____

Con questo avviso vi informiamo che la data _____
di entrata in vigore _____

questa agenzia _____ vi ha:
Nome dell'organizzazione che fornisce il servizio Health Home _____

inserito nel programma Health Home a partire dalla data di cui sopra.

- Ora potete ricevere i servizi di assistenza gestiti del programma Health Home
- Potete cambiare l'agenzia di servizi Health Home o l'agenzia dei servizi di assistenza gestiti (Care Management Agency) in qualsiasi momento contattando il vostro piano sanitario gestito (Managed Care Plan), il programma Health Home summenzionato o la Help Line di NYS Medicaid al numero 800-541-2831
- Questo programma non è obbligatorio e potrete ritirare l'iscrizione in qualsiasi momento contattando il vostro piano sanitario gestito, il programma Health Home o la Help Line NYS Medicaid al numero 800-541-2831

Potete intraprendere quest'azione in base al NYS SSL 365-I (Legge sui servizi sociali del New York State)

Rappresentante Health Home

Firma X _____

SE NON SIETE D'ACCORDO CON QUESTA DECISIONE, POTETE RICHIEDERE UNA CONSULTAZIONE, UN'UDIENZA IMPARZIALE O ENTRAMBI. SI PREGA DI LEGGERE IL RETRO DI QUESTO AVVISO PER INFORMAZIONI SU COME RICHIEDERE UNA CONSULTAZIONE E / O UN'UDIENZA IMPARZIALE.

DIRITTO A UNA CONSULTAZIONE: potete richiedere una consultazione per una revisione delle decisioni prese. Se desiderate una consultazione, dovete richiederla il più presto possibile. Se, durante la consultazione, ci rendiamo conto di aver preso la decisione sbagliata o se, a seguito delle informazioni fornite, riteniamo meglio modificare la decisione presa, prenderemo provvedimenti correttivi e vi informeremo per iscritto. È possibile richiedere una consultazione chiamando il numero riportato nella prima pagina del presente avviso o inviandoci una richiesta scritta all'indirizzo indicato nella parte superiore della prima pagina dell'avviso. Questo numero viene utilizzato esclusivamente per le richieste di consultazione. **La procedura per richiedere un'udienza imparziale è diversa.** Se richiedete una consultazione, avete comunque diritto a un'udienza imparziale. Per richiedere un'udienza imparziale dovete seguire le regole descritte in seguito. Inoltre, se desiderate che i benefici di cui godete non subiscano modifiche (continuazione del supporto) fino alla sentenza dell'udienza imparziale, siete pregati di leggere e completare la sezione di seguito, intitolata

"MANTENIMENTO DEI BENEFICI".

DIRITTO A UN'UDIENZA IMPARZIALE: se ritenete che l'azione summenzionata sia sbagliata, potete richiedere un'udienza imparziale allo Stato:

- 1) Per telefono: chiamando il numero verde dello Stato: 800-342-3334 (ASSICURATEVI DI AVERE QUESTO AVVISO CON VOI QUANDO CHIAMATE);
- 2) Via fax: inviando una copia di questo avviso al numero di fax (518) 473-6735;
Online: completando e inviando l'apposito modulo all'indirizzo: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>;
- 3) In forma scritta: inviare una copia di questo avviso compilato alla Sezione Udienze Imparziali, Ufficio di Assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance), P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Si prega di conservare una copia dell'avviso.
- 4) Presentandosi di persona (solo per New York City) presso:
Office of Temporary and Disability Assistance (Ufficio di assistenza temporanea e disabilità)
Office of Administrative Hearing (Ufficio udienze amministrative)
14 Boerum Place – Primo piano
Brooklyn, New York 11201
- 5) Persone affette da difficoltà di eloquio o ipoudenti:
contattare il New York Relay Service (Servizio di aiuto alla comunicazione di New York) al 711 o al 1-800-622-1220.
Chiedere all'operatore di chiamare il 877-502-6155. Il servizio tramite questo numero verrà fornito esclusivamente agli utenti che utilizzano apparecchiatura TDD.

Richiedo un'udienza imparziale. L'azione è errata perché: _____

AVETE 60 GIORNI DALLA DATA DI QUESTO AVVISO PER RICHIEDERE UN'UDIENZA IMPARZIALE

Se richiedete un'udienza imparziale, lo Stato vi invierà un avviso con l'orario e il luogo dell'udienza. Avete il diritto di essere rappresentati da un consulente legale, un parente, un amico o un'altra persona o di autorappresentarvi. All'udienza voi, il vostro avvocato o altro rappresentante avrete l'opportunità di presentare prove scritte e orali per dimostrare perché l'azione non avrebbe dovuto essere intrapresa e avrete l'opportunità di interrogare qualsiasi persona presente all'udienza. Inoltre, avete il diritto di presentare testimoni a vostro favore. Dovete portare all'udienza ogni documento che possa risultare utile per illustrare il vostro caso, come questo avviso, buste paga, ricevute, bollette sanitarie, bollette di riscaldamento, verifiche mediche, lettere del medico curante, etc.

MANTENIMENTO DEI BENEFICI: se richiedete un'udienza imparziale prima della data di entrata in vigore indicata nel presente avviso, continuerete a ricevere benefici invariati fino alla data di sentenza dell'udienza imparziale. Tuttavia, se perdetevi la causa, potremmo recuperare le spese di eventuali benefici di assistenza medica che non vi spettavano. Per evitare questa possibilità, spuntate la casella in basso per indicare che non desiderate continuare a ricevere i benefici e inviate questa pagina insieme alla richiesta di un'udienza imparziale. Se spuntate la casella, l'azione descritta in precedenza verrà intrapresa nella data di entrata in vigore summenzionata.

Accetto che vengano presi provvedimenti nei confronti dei miei benefici di assistenza sanitaria, come descritto nel presente avviso, prima dell'emissione della sentenza dell'udienza imparziale.

ASSISTENZA LEGALE: Se necessitate di assistenza legale gratuita, potete ottenerla contattando la vostra Società di assistenza legale (Legal Aid Society) o un altro gruppo di avvocati. È possibile individuare la Società di assistenza legale o il gruppo di avvocati più vicino a voi controllando le Pagine Gialle alla voce "Avvocati" o chiamando il numero indicato nella prima pagina di questo avviso.

ACCESSO AL VOSTRO FILE E COPIE DI DOCUMENTI: Per aiutarvi a prepararvi per il processo, Health Home vi invierà una copia del fascicolo delle prove entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della comunicazione da parte dell'ODTA (Office of Temporary and Disability Assistance, Ufficio di assistenza temporanea e disabilità) della data dell'udienza imparziale. Il fascicolo delle prove contiene informazioni su come Health Home è giunto alla decisione relativa alla vostra iscrizione e verrà fornito al funzionario per spiegare le ragioni della decisione. Se non ricevete il fascicolo delle prove entro la settimana prima dell'udienza, chiamateci al numero di telefono riportato nella parte superiore di pagina 1 del presente avviso per richiederlo. Se non c'è abbastanza tempo per spedire il fascicolo delle prove, Health Home ve ne fornirà una copia all'udienza.

Avete il diritto di consultare il vostro fascicolo. Se ci chiamate in anticipo al numero di telefono riportato nella parte superiore di pagina 1 del presente avviso o ci scrivete entro un termine ragionevole prima della data dell'udienza, vi forniremo copie gratuite degli altri documenti del vostro fascicolo che ritenete possano esservi utili per prepararvi all'udienza. I documenti vi verranno inviati solo se richiedete espressamente che vengano spediti per posta.

INFORMAZIONE: Se desiderate maggiori informazioni sul vostro caso, come richiedere un'udienza imparziale, come consultare il vostro fascicolo o come ottenere ulteriori copie di documenti, chiamateci ai numeri di telefono elencati nella parte superiore di pagina 1 del presente avviso o scrivetececi all'indirizzo stampato nella parte superiore di pagina 1 del presente avviso.

Nome in stampatello: _____ Numero di identificazione del paziente (CIN): _____

Indirizzo: _____ Numero di telefono: _____

Firma: X _____ Data: _____

Originale - Membro Medicaid/ genitore/tutore/rappresentante legalmente autorizzato

Copia se disponibile - Specialista della gestione della qualità, Dipartimento locale dei servizi sociali o Divisione di Giustizia minorile e opportunità per la gioventù, Agenzia per l'integrazione dei servizi sanitari, Agenzia di pianificazione dei casi (Quality Management Specialist (QMS), Local Department of Social Services or Division of Juvenile Justice and Opportunities for Youth, Health Care Integration Agency, Case Planning Agency), Caregiver, Agenzia di affidamento volontario (Voluntary Foster Care Agency), consulente medico

Questo documento è disponibile in diverse lingue. Questo avviso vi può essere letto in un'altra lingua.