

通知日期 \_\_\_\_\_ CIN 编号 \_\_\_\_\_

生效日期 \_\_\_\_\_

**Health Home (健康之家)**

姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

基本咨询或帮助电话号码 \_\_\_\_\_

**成员**

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

本机构已: \_\_\_\_\_

Health Home (健康之家) 名称

将您注册加入健康之家计划, 自上列生效日期起生效。

- 您现在可以获得健康家庭护理管理服务
- 您可以随时联系您的托管护理计划、上文所列的健康之家或  
纽约州 **Medicaid** 帮助热线 **800-541-2831** 更改您的健康之家或护理管理机构
- 这是一项自愿计划, 您可以随时联系您的托管护理计划、上文所列的健康之家或纽约州 **Medicaid** 帮助热线  
**800-541-2831** 取消注册

本行动的依据是 NYS SSL 365-l

**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审核这些行动。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。这不是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保持您的福利不变（继续援助），请确保已阅读并填写以下标题部分：“继续取得您的福利”。

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，原因是：\_\_\_\_\_

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，该等信息将提供给听证官以解释其作出的决定。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您的档案中其他文件的副本，如果您认为可能需要使用此类文件为您的公平听证做准备。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）、照顾者、Voluntary Foster Care Agency（自愿寄养机构）、医疗同意者

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。