

통지일	발효일	CIN 번호
가입자(아동/청소년)	이름 생년월일	
수신인: 부모/보호자/법적 대리인(있는 경우)	이름	
헬스 홈(Health Home)	이름 주소 전화번호	

본 문서는 발효일인 _____ 날짜 _____ 본 기관에서 _____ 헬스 홈 이름 _____ 다음 사항을 결정했음을 알리기 위한 통지서입니다.

- 귀하가 1915(c) 아동 면제 자격 기준을 통해 신청한 Home and Community Based Services (자택 및 지역사회 기반 서비스, HCBS)가 승인되었습니다.
 - 귀하는 아동 면제 대상인 것으로 확인되어 HCBS 서비스 이용을 시작할 수 있습니다.
 - 귀하는 아동 면제 대상인 것으로 확인되었으나 예약 자리를 기다리는 대기자 명단에 올랐습니다.
- 귀하가 1915(c) 아동 면제 자격 기준을 통해 신청한 HCBS가 기각되었습니다.

귀하는 다음과 같은 사유로 아동 면제 가입에 필요한 자격 기준을 충족하지 않습니다.

 - 귀하는 대상, 위험 및 기능 요건 측면에서 면제 가입에 필요한 치료 단계 기준을 충족하지 않습니다.
 - 귀하는 21세가 넘었습니다.
 - 귀하는 다른 HCBS 시스템(예: OPWDD 또는 MLTC)에서 HCBS 서비스를 받고 있습니다.
 - 귀하의 시설 체류 기간이 90일 이상이 될 것으로 보입니다(예: 요양 시설, 요양원, 병원 등).
 - 기타 _____

이 조치는 HCBS 아동 면제권 NY 4125 R05.02 및 42 CFR 441.302(c)와 사회복지법 366(6), 366(7), 366(9), 366(12)에 따라 실시됩니다.

헬스 홈 담당자의 서명	X
---------------------	---

본 결정에 동의하지 않을 경우에는 협의나 공정 심리 또는 둘 다를 요청할 수 있습니다. 이 통지서 뒷면에 협의 및 공정 심리를 요청하는 방법이 명시되어 있습니다.

협의 요청권

귀하는 협의를 통해 이러한 조치를 검토할 수 있습니다. 협의를 원할 경우에는 가급적 빨리 요청해야 합니다. 협의 과정에서 우리 결정이 잘못된 것으로 확인되거나 귀하가 제공한 정보 때문에 우리 결정을 바꾸기로 결정할 경우에는 시정 조치를 취하고 이를 귀하에게 서면으로 알려드립니다. 귀하는 본 통지서 첫 페이지에 기재된 번호로 전화하거나 본 통지서 첫 페이지 상단에 기재된 주소로 서면 통지서를 보내 협의를 요청할 수 있습니다. 이 번호는 협의 요청용으로만 사용됩니다. 공정 심리 요청에는 사용되지 않습니다. 협의를 요청해도 공정 심리를 요청할 수 있습니다. 아래에서 설명하는 방식으로 공정 심리를 요청해야 합니다.

공정 심리 요청권

상기 조치가 잘못되었다고 판단될 경우에는 다음 방법으로 주 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

- 1) **전화:** 주 전역 수신자 부담 전화번호 800-342-3334로 전화할 수 있습니다(이 통지서를 펼쳐 두고 전화하십시오).
- 2) **팩스:** 이 통지서 사본을 팩스 번호 (518) 473-6735로 전송합니다.
- 3) **온라인:** <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>에서 온라인 요청서를 작성하여 전송합니다.
- 4) **우편 발송:** 본 통지서를 작성한 사본 1부를 Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201로 발송합니다. 귀하도 본인용 사본 1부를 보관하십시오.
- 5) **직접 방문** New York City:
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place – 1st Floor
Brooklyn, New York 11201
- 6) **언어 및 청각 장애가 있는 경우**
New York Relay Service로 문의합니다(711 또는 1-800-622-1220). 상담원에게 877-502-6155로 연결해달라고 요청합니다. 이 번호는 TDD 장비를 사용하여 걸어야 합니다.

공정 심리를 원합니다. 기관의 조치가 잘못된 이유는 _____

귀하는 본 통지일로부터 60일 이내에 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

귀하가 공정 심리를 요청하면 주에서 통지서를 보내 심리 시간과 장소를 알려줍니다. 변호사, 친척, 친구 등이 귀하 대신 변론하거나 귀하가 직접 변론할 수 있습니다. 심리에서 귀하, 귀하의 변호사 또는 기타 대리인이 이 조치를 취하면 안 되는 이유를 입증하는 서면 및 구두 증거를 제시할 수 있으며, 심리에 참석하는 사람에게 질문할 수 있습니다. 또한 귀하에게 유리한 말을 해줄 증인을 데려올 수도 있습니다. 귀하는 본 통지서, 급여 명세서, 영수증, 의료비 청구서, 난방비 청구서, 진료 확인서, 의사 소견서 등 귀하의 사례를 설명하는 데 도움이 될 수 있는 문서를 심리 때 가져와야 합니다.

법률 지원

무료 법률 지원이 필요한 경우에는 귀하의 지역 Legal Aid Society(법률 구조 협회) 또는 기타 법률 지원 단체로 연락하여 지원을 받을 수 있습니다. 업종별 전화번호부(Yellow Pages)의 “변호사(Lawyers)” 항목을 확인하거나 본 통지서 첫 페이지에 있는 번호로 전화하여 가까운 Legal Aid Society(법률 구조 협회)나 지원 단체를 찾아볼 수 있습니다.

파일 및 문서 사본 열람권

귀하는 귀하의 사례 파일을 조회하여 심리 준비에 도움을 받을 수 있습니다. 귀하의 파일 중에서 공정 심리 시 심의관에게 제공되는 문서 사본을 본 기관으로 전화나 서신으로 요청하면 무료로 제공해드립니다. 또 귀하의 파일 중에서 공정 심리 준비에 필요하다고 생각되는 문서 사본을 본 기관으로 전화나 서신으로 요청하면 무료로 제공해드립니다. 그리고 공정 심리 요청을 결정하거나 심리를 준비하는 데 필요한 구체적인 정책 자료를 본 기관으로 전화나 서신으로 요청하면 무상으로 제공해드립니다. 귀하에게 제공될 수 있는 정책 자료에는 다음 문서가 포함됩니다: 행정 지침, 일반 정보 시스템 메시지, 안내서, Medicaid 참조 가이드, 보건부 Medicaid 업데이트 소식지, Local Commissioner Memorandum(지역 위원 각서), 특정 정책 자료, 문서를 요청하거나 귀하의 파일을 조회하는 방법을 알고 싶은 경우에는 본 통지서 앞면 상단에 기재된 기록 열람(Record Access) 번호로 전화하거나 본 통지서 앞면 상단에 인쇄된 주소로 요청서를 보내주십시오. 귀하의 사례 파일에 있는 특정 정책 자료나 문서의 사본을 무료로 받고 싶은 경우에는 미리 요청해야 합니다. 심리가 시작되기 전 적절한 시점에 제공해드립니다. 우편 제공을 구체적으로 요청할 경우에만 문서를 우편으로 발송해드립니다.

정보

귀하의 사례, 공정 심리 요청 방법, 파일 열람 방법, 문서 사본을 더 받을 수 있는 방법에 관해 자세히 알고 싶은 경우에는 본 통지서 2 페이지 상단에 기재된 번호로 전화하거나 본 통지서 2페이지 상단의 주소로 요청서를 보내주십시오.

이름(인쇄체 정자):	신청인 식별 번호(CIN):
주소:	전화번호:
서명: X	날짜: