

NHTD TBI

## Уведомление о решении

### Сокращение объема и/или прекращение услуг, предоставляемых в рамках альтернативной программы

Имя и фамилия участника альтернативной программы

Адрес

Идентификационный номер клиента (CIN)

Дата уведомления

Дата вступления в силу

Данное уведомление касается услуг, предоставляемых в рамках альтернативной программы, утвержденных с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ в соответствии с последней редакцией плана обслуживания.

- 1а.  В настоящее время объем услуг, предоставляемых в рамках альтернативной программы, не сокращается.  
1б. Объем следующих услуг, предоставляемых в рамках альтернативной программы, будет **сокращен** начиная с даты вступления в силу настоящего уведомления:

Услуга альтернативной программы	с: _____ Длительность/периодичность	до: _____ Длительность/периодичность
Услуга альтернативной программы	с: _____ Длительность/периодичность	до: _____ Длительность/периодичность
Услуга альтернативной программы	с: _____ Длительность/периодичность	до: _____ Длительность/периодичность

- 1а.  В настоящее время прекращение предоставления услуг, оказываемых в рамках альтернативной программы, не планируется.  
1б. Предоставление следующих услуг, оказываемых в рамках альтернативной программы, будет **прекращено** начиная с даты вступления в силу настоящего уведомления:

Услуга альтернативной программы	Услуга альтернативной программы
Услуга альтернативной программы	Услуга альтернативной программы
Услуга альтернативной программы	Услуга альтернативной программы

### 3. Мы намерены предпринять указанные выше действия, поскольку:

Законы, на основании которых принимается данное решение: раздел 1915(с) Закона о социальном обеспечении (Social Security Act), раздел 366 (6-a) Закона о социальных службах (Social Services Law) или разделы 2740, 2741 и 2742 Закона о здравоохранении (Public Health Law).

**Если вы не согласны с данным решением, вы можете запросить проведение собеседования, объективного разбирательства или и того, и другого. Чтобы ознакомиться с порядком подачи запроса на проведение собеседования и/или объективного разбирательства, прочтите остальную информацию в данном уведомлении.**

Региональный специалист по развитию ресурсов (печатными буквами)

Региональный специалист по развитию ресурсов (подпись)

Название регионального центра по развитию ресурсов (RRDC)

Адрес

Копии: Законный опекун  
Официальный представитель, координатор услуг  
Альтернативная программа NHTD и TBI Департамента  
здравоохранения штата Нью-Йорк

Номер телефона

**ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ.** Вы имеете право на собеседование с региональным специалистом по развитию ресурсов (Regional Resource Development Specialist, RRDS) для пересмотра вынесенных решений. Если вы хотите организовать собеседование, вы должны подать соответствующий запрос в кратчайшие сроки. Если на собеседовании RRDS обнаружит, что было принято неверное решение, или на основании предоставляемой вами информации он изменит принятое решение, будут приняты соответствующие корректирующие меры. Вы получите новое уведомление о решении. Чтобы подать запрос на проведение собеседования, позвоните RRDS по номеру или отправьте письменный запрос по адресу, указанным на первой странице данного уведомления. **Для подачи запроса на проведение объективного разбирательства предусмотрен другой порядок.** Направляя запрос о проведении собеседования, вы сохраняете право на объективное разбирательство. Информацию об объективном разбирательстве см. ниже.

**ПРАВО НА ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО.** Если, по вашему мнению, указанное решение является неверным, вы можете подать запрос о проведении объективного разбирательства на уровне штата. Для этого воспользуйтесь одним из указанных ниже способов.

1. **По телефону.** Вы можете позвонить по бесплатному номеру, действующему на территории штата: 1-800-342-3334. (ВО ВРЕМЯ РАЗГОВОРА СЛЕДУЕТ ИМЕТЬ ПРИ СЕБЕ НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ.)
2. **По факсу.** Заполните и отправьте копию настоящего уведомления на следующий номер факса: (518) 473-6735.
3. **Через Интернет.** Заполните и отправьте онлайн-форму запроса по адресу <https://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>. Если вы не можете связаться с Управлением временных пособий и пособий по инвалидности штата Нью-Йорк (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) по телефону, факсу или через Интернет, напишите нам, чтобы подать запрос о проведении объективного разбирательства, до истечения 60 дней с даты настоящего уведомления.
4. **По почте.** Заполните и отправьте копию данного уведомления в подразделение по проведению объективных разбирательств Управления временных пособий и пособий по инвалидности штата Нью-Йорк по следующему адресу: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary Disability Assistance, P. O. Box 1930, Albany, New York 12201. Сохраните копию настоящего уведомления.
5. **ТОЛЬКО в пределах г. Нью-Йорка:** вы также можете посетить Центр разбирательств по административным делам Управления временных пособий и пособий по инвалидности штата Нью-Йорк по следующему адресу: 14 Voegum Place, Brooklyn, New York или 330 West 34th Street, 3rd. Floor, NY, NY. Принесите с собой копию настоящего уведомления.

**ВЫ МОЖЕТЕ ПОДАТЬ ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА В ТЕЧЕНИЕ 60 ДНЕЙ С ДАТЫ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ.**

Если вы направите запрос о проведении объективного разбирательства, администрация штата вышлет вам уведомление о времени и месте его проведения. Вы имеете право на представление своих интересов адвокатом, родственником, знакомым или иным лицом либо можете выступать самостоятельно. В ходе разбирательства вы, ваш адвокат или другой представитель будете иметь возможность представить письменные и устные доказательства причин, по которым данное решение не должно быть вынесено, а также возможность опросить любых лиц, присутствующих на разбирательстве. Вы также имеете право вызвать свидетелей, которые выступят в вашу поддержку. Принесите на разбирательство все имеющиеся у вас документы, которые могут помочь в представлении вашего дела, например настоящее уведомление, корешки чеков, квитанции, счета на оплату медицинских услуг, счета за отопление, медицинские справки, письма и т. д.

**Прошу провести объективное разбирательство.** Вынесенное решение неверно, потому что: \_\_\_\_\_

Дата вступления в силу отказа в участии в альтернативной программе

Ваши имя и фамилия (печатными буквами)

Ваша подпись

Адрес

Номер телефона

Идентификационный номер клиента (CIN)      Дата

**ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ.** Если вам нужна бесплатная юридическая помощь, вы можете обратиться в Общество юридической помощи (Legal Aid Society) или в другую общественную группу юридической поддержки. Контактная информация о ближайшем Обществе юридической помощи или группе юридической поддержки приведена в разделе «Юристы» телефонного справочника Yellow Pages.

**ДОСТУП К МАТЕРИАЛАМ ВАШЕГО ДЕЛА И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ.** В процессе подготовки к слушанию вам предоставляется право ознакомиться с материалами дела. Обратитесь по телефону или почте к RRDS, и вам бесплатно предоставят копии документов из вашего дела, которые будут переданы администратору во время объективного разбирательства. Кроме того, если вы обратитесь к RRDS, вам бесплатно вышлют копии других документов из вашего дела, которые, по вашему мнению, могут потребоваться для подготовки к объективному разбирательству. Для запроса документов или получения информации о доступе к вашему делу позвоните RRDS по номеру телефона или напишите по адресу, указанным на первой странице настоящего уведомления. Если вам нужны копии документов по делу, вам следует попросить их заблаговременно до даты проведения разбирательства. Документы будут отправлены вам по почте только в том случае, если вы прямо попросите об этом.

**ИНФОРМАЦИЯ.** Для получения более подробной информации о вашем деле, о том, как запрашивать объективное разбирательство, о том, как получить доступ к делу или дополнительные копии документов, позвоните RRDS по номеру телефона или напишите по адресу, указанному на первой странице настоящего уведомления.