

Avviso di determinazione per la mancata approvazione dell'iscrizione 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 a partire da _____ questa agenzia _____ ha
rifiutato instead of rigettato la vostra iscrizione al programma Health Home
Data Nome dell'organizzazione che fornisce il servizio Health Home

Non soddisfatte i criteri necessari per l'iscrizione al programma Health Home per le seguenti ragioni:

- Non soddisfatte i criteri di idoneità legati alla presenza di una patologia cronica per ricevere i servizi Health Home. Tali criteri includono la presenza di:
- due o più patologie croniche OPPURE
 - una singola patologia cronica qualificante (consultare l'elenco delle singole patologie qualificanti nell'Allegato A)

- Non disponete di una copertura Medicaid appropriata per i servizi Health Home.

- Non potete richiedere i servizi di gestione dell'assistenza Health Home perché non soddisfatte i seguenti criteri di appropriatezza (spuntare tutte le opzioni applicabili):

- Non siete in una condizione di rischio di eventi avversi (ad esempio morte, disabilità, ricovero o ammissione in casa di cura, servizi di prevenzione obbligatori o affidamento in istituto)
- Attualmente disponete di supporto sociale/familiare/abitativo adeguato
- Attualmente instead of allo stato, non sono previsti cambiamenti significativi nelle vostre relazioni familiari
- Disponete di collegamenti adeguati con il sistema sanitario
- Seguite correttamente le cure prescritte
- Non avete difficoltà nella gestione dei farmaci
- Non avete impedimenti nello svolgimento delle vostre attività quotidiane, nell'apprendimento o nelle capacità cognitive
- Altro _____

- Attualmente risiedete in un ambiente non facilmente accessibile (ad esempio struttura residenziale RTF, casa di cura, carcere, etc.)

- Siete idonei o iscritti, insieme a vostro figlio o al vostro caregiver, a un altro programma Health Home

Quest'azione è decisa in base al NYS SSL 365-l (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 EQUO PROCESSO O ENTRAMBI. SI PREGA DI LEGGERE IL RETRO DI QUESTO AVVISO PER INFORMAZIONI SU COME RICHIEDERE UNA CONSULTAZIONE E/O UN EQUO PROCESSO.

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 di dover 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 equo processo è diversa. Se richiedete una consultazione, avete comunque diritto ad un equo processo. Per richiedere un equo processo dovete seguire le regole descritte di seguito. Inoltre, se desiderate che i benefici di cui godete non subiscano modifiche (continuazione del supporto) fino alla sentenza dell'equo processo, siete pregati di leggere e completare la sezione di seguito, intitolata «**MANTENIMENTO DEI BENEFICI**».

DIRITTO AD UN EQUO PROCESSO: Se ritenete che l'azione summenzionata sia sbagliata, potete richiedere un equo processo allo Stato con una delle seguenti modalità:

- 1) Per telefono: chiamando il numero verde statale instead of 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: inviando instead of inviando una copia di questo avviso compilato alla Fair Hearing Section (Sezione Equo processo), New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Ufficio di Assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York), 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 nel parlare 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.

Desidero un equo processo. L'azione è sbagliata perché: _____

AVETE 60 GIORNI DALLA DATA DI QUESTO AVVISO PER RICHIEDERE UN EQUO PROCESSO

Se richiedete un equo processo, 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.

ASSISTENZA LEGALE: Se necessitate di assistenza legale gratuita, potete ottenerla contattando la vostra Legal Aid Society (Società di assistenza legale) o un altro gruppo di avvocati. È possibile individuare la Legal Aid Society (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 FASCICOLO E COPIE DEI 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'equo processo. Il fascicolo delle prove contiene informazioni su come Health Home ha preso la decisione relativa alla vostra iscrizione e verrà fornito al consigliere-auditore 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 equo processo, 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 - Quality Management Specialist (Specialista della gestione della qualità), Local Department of Social Services (Dipartimento locale dei servizi sociali) o Division of Juvenile Justice and Opportunities for Youth (Divisione di Giustizia minorile e opportunità per la gioventù), Health Care Integration Agency (Agenzia per l'integrazione dei servizi sanitari), Case Planning Agency (Agenzia di pianificazione dei casi), caregiver, Voluntary Foster Care Agency (Agenzia di affidamento volontario), consulente medico, Developmental Disabilities Regional Office (Ufficio regionale per la disabilità dello sviluppo)

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

Avviso di determinazione per la mancata approvazione dell'iscrizione al programma Health Home del New York State Allegato A

I criteri di idoneità del programma Health Home includono la presenza di due o più condizioni croniche O di un singola patologia qualificante.

L'elenco delle singole patologie qualificanti è il seguente:

- HIV/AIDS (adulti e bambini);
- Patologia mentale grave (solo adulti);
- Disturbi emotivi gravi (solo bambini);
- Trauma grave (solo bambini)
- Disabilità intellettiva (OPWDD -Office for people with developmental disabilities-Ufficio per le persone con disabilità dello sviluppo)
- Paralisi cerebrale (OPWDD)
- Epilessia (OPWDD)
- Invalidità neurologica (OPWDD)
- Disautonomia familiare (OPWDD)
- Sindrome di Prader-Willi (OPWDD)
- Autismo (OPWDD)