

통지 일자 \_\_\_\_\_ CIN 번호 \_\_\_\_\_

효력 일자 \_\_\_\_\_

**헬스 홈(Health Home)**

이름 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

문의나 도움을 위한 일반 전화 번호 \_\_\_\_\_

**회원**

이름 \_\_\_\_\_

부모, 법적 보호자, 법적으로 승인된 대리인 (있는 경우) \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

이는 귀하에게 효력 일자부로 \_\_\_\_\_ 날짜 본 \_\_\_\_\_ 헬스 홈 이름 \_\_\_\_\_ 기관이

**헬스 홈(Health Home) 프로그램 가입을 거부했음을 통보하기 위한 편지입니다.**

귀하께서는 다음 이유(들)로 인해 헬스 홈 프로그램 가입 자격을 충족하지 못하셨습니다:

- 더 이상 헬스 홈 만성 질환 자격 기준을 충족하지 않음. 귀하께서는 다음 사항 중 하나에 해당되어야 합니다:
  - 두 가지 이상의 만성 질환 또는
  - 하나의 자격 충족 만성 질환 (하나의 자격 충족 만성 질환 목록은 부록 A를 참조하십시오)
- 더 이상 헬스 홈 서비스에 알맞은 Medicaid 보험 보장을 보유하고 있지 않음.
- 귀하께서는 다음 필요 기준을 충족하지 않으므로 더 이상 헬스 홈 케어 관리 서비스를 필요로 하지 않습니다 (해당 사항에 모두 체크)
  - 더 이상의 부정적 사건에 대한 위험이 없음 (예: 사망, 장애, 병원 입원 또는 요양원 입원, 필수 예방 서비스 또는 가정 외 기관 배치)
  - 현재 충분한 사회/가족/주거지 지원을 받고 있음
  - 현재 가족 관계에 심각한 변화가 없음
  - 현재 건강 관리 시스템에 충분히 접근이 가능함
  - 현재 치료를 받고 있음
  - 현재 약물 관리에 어려움을 겪고 있지 않음
  - 더이상 일상 생활 활동 배움, 또는 인지에 문제가 없음
  - 기타 \_\_\_\_\_
- 현재 배제된 환경에 거주하고 있음 (예: 거주 치료 시설, 요양원, 교도소 등)
- 현재 자녀나 요양인과 함께 다른 헬스 홈 프로그램에 가입할 수 있는 자격이 있거나 이미 가입되어 있음

이 조치는 NYS SSL 365-I에 따라 취해집니다.

**헬스 홈 대리인**

서명: X \_\_\_\_\_

이 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 컨퍼런스, 공정 청문회 또는 두 가지 모두를 요청할 수 있습니다. 컨퍼런스 및/또는 공정 청문회를 요청하는 방법을 확인하시려면 이 통지서의 뒷면을 읽어 보시기 바랍니다.

컨퍼런스에 대한 권리: 귀하는 이러한 조치에 대한 검토를 위해 컨퍼런스를 열 수 있습니다. 컨퍼런스를 원하시는 경우에는 가능한 한 빨리 이를 요청해야 합니다. 컨퍼런스에서는 저희가 잘못된 결정을 내렸거나 귀하가 제공한 정보로 인해 결정을 변경해야 하는 경우 조치를 수정하여 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하는 결정 통지서 1 페이지에 기재된 번호로 전화하거나, 결정 통지서 1 페이지 상단에 기재된 주소로 서면 요청을 함으로서 컨퍼런스를 요청할 수 있습니다. 이 번호는 컨퍼런스 요청 시에만 사용됩니다. 이는 공정 청문회를 요청하는 방법이 아닙니다. 귀하는 컨퍼런스를 요청한 경우에도 공정 청문회를 요청할 수 있습니다. 귀하는 아래에 설명된 방식으로 공정 청문회를 요청해야 합니다. 공정 청문회 결정을 내릴 때까지 혜택을 변경하지 않고 계속 유지하고자 하는 경우, 아래 “**혜택 지속하기**” 섹션을 반드시 읽고 작성 완료하십시오.

**공정 청문회에 대한 권리:** 위의 조치가 잘못되었다고 판단되는 경우, 귀하는 다음과 같은 수단으로 공정 청문회를 요청할 수 있습니다.

- 1) 전화: 전국에서 이용이 가능한 수신자 부담 전화 번호를 이용할 수 있습니다: 800-342-3334 (전화 연결 시 이 통지를 준비하시기 바랍니다) 또는
- 2) 팩스: 이 통지 사본을 다음 팩스 번호로 보내십시오. (518) 473-6735.  
온라인: 다음 링크의 온라인 요청 양식을 작성하여 보내십시오. <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; 또는
- 3) 서면: 작성이 완료된 이 통지서 사본을 뉴욕 주 임시 및 장애 지원국의 공정 청문회 섹션으로 보내주십시오. Box 1930, Albany, New York 12201. 사본 1부는 직접 보관하십시오.
- 4) 방문 (뉴욕 시만 해당함):  
Office of Temporary and Disability Assistance(임시 및 장애 지원국)  
행정 청문회 사무국(Office of Administrative Hearing)  
14 Boerum Place – 1층  
Brooklyn, New York 11201
- 5) 언어 및 청각 장애가 있는 경우:  
뉴욕 릴레이 서비스 711 또는 1-800-622-1220로 연락하십시오.  
그 후, 877-502-6155로 상담원 호출을 요청하십시오. 이 번호 서비스는 TDD 장비를 사용하는 발신자에게만 제공됩니다.

나는 공정 청문회를 원합니다. 이 조치는 다음과 같은 이유로 잘못되었습니다: \_\_\_\_\_

**귀하께서는 이 통지서 날짜로부터 60일 이내에 공정 청문회를 요청하셔야 합니다.**

공정 청문회를 요청하는 경우, 주 정부는 청문회 시간 및 장소를 알려주는 통지서를 귀하에게 보내드릴 것입니다. 귀하께는 변호인, 친척, 친구나 다른 사람이 귀하를 대변하거나, 귀하 스스로 본인을 대변할 수 있는 권리가 있습니다. 귀하의 변호인 또는 다른 대리인은 청문회에서 출두한 사람에게 질문할 수 있는 기회 뿐만 아니라, 그러한 조치를 왜 취할 수 없는지에 대해 입증할 수 있는 서면 및 구두 증거를 제시할 수 있는 기회를 갖게 됩니다. 또한, 귀하께는 귀하를 위해 발언할 수 있는 증인을 출석시킬 수 있는 권리가 있습니다. 귀하는 본 통지서, 급여 명세서, 영수증, 건강 관리 청구서, 난방비, 의료 확인서, 의사 소견서 등 귀하의 사건 발표에 도움이 될 수 있는 서류를 청문회에 가져와야 합니다.

**법률 지원:** 무료 법률 지원이 필요한 경우, 귀하가 거주하는 지역의 법률 구조 협회 또는 기타 법률 옹호 단체에 연락하여 그러한 지원을 받을 수 있습니다. 귀하는 전화번호부 내 “변호사” 아래 이름을 살펴보거나, 이 통지서의 첫 페이지에 표시된 번호로 전화하여 가장 가까운 법률 구조 협회 또는 옹호 단체를 찾을 수 있습니다.

**귀하의 파일 및 문서 사본에 접속하기:** 귀하의 청문회 준비를 돕기 위해서, 헬스 홈은 공정 청문회 날짜 ODTA로부터 통지를 받은 후 영업일 기준 10 일 이내에 증거물 사본을 귀하에게 보내드립니다. 이 증거물 사본은 헬스 홈이 귀하의 헬스 홈 가입 상태에 대한 결정을 내리는 데 사용한 정보를 포함하며, 이 정보는 청문관에게 제공되어 헬스 홈의 결정에 대한 설명을 제공하게 됩니다. 청문회 바로 전 주까지 증거물을 받지 못한 경우, 결정 통지서 1페이지 상단에 있는 전화번호로 연락하여 이를 요청하십시오. 증거물을 우편으로 보낼 수 있는 시간이 충분하지 않은 경우, 헬스 홈은 청문회에서 증거물 사본을 제공해 드릴 것입니다.

귀하께는 본인의 사건 파일을 볼 수 있는 권리가 있습니다. 결정 통지서 1페이지 상단에 있는 전화번호로 저희에게 미리 전화하거나, 청문회가 열리기 전 합리적인 시간 이내에 저희에게 서신을 보내는 경우, 귀하의 공정 청문회 준비에 필요할 수 있는 기타 서류 사본을 귀하의 파일에서 무상으로 제공해 드릴 것입니다. 서류는 특별히 요청된 경우에만 귀하에게 우편으로 발송됩니다.

**정보:** 사건에 대한 자세한 정보, 공정 청문회를 요청하는 방법, 귀하의 파일을 보는 방법, 또는 문서에 대한 추가 사본을 받을 수 있는 방법에 대한 자세한 정보는 이 통지서 1페이지 상단에 있는 전화 번호로 연락하거나, 이 통지서 1페이지 상단에 인쇄된 주소로 서신을 보내서 문의하실 수 있습니다.

이름 (정자체로 기재하십시오): \_\_\_\_\_ 고객 식별 번호 (CIN): \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

서명: X \_\_\_\_\_ 일자 \_\_\_\_\_

원본 - Medicaid 회원/부모/보호자/합법적으로 승인된 대리인

적용 가능한 대로 다음 인물(들)에게 사본을 전달하시기 바랍니다 - 품질 관리 전문가 (Quality Management Specialist, QMS) 지역 사회 복지부 또는 청소년 사법 및 청소년 기회 제공 부서, 건강 관리 통합 기관, 사례 계획 기관, 요양인, 자발적 수양 가족 관리 기관, 의료 동의자

이 문서는 다른 언어로도 이용이 가능합니다. 이 통지서를 다른 언어로 귀하에게 읽어드릴 수도 있습니다.

헬스 홈 참여 자격 기준은 다음 중 두 가지 이상의 만성 질환, 또는 하나의 자격 충족 질환을 포함합니다.

하나의 자격 충족 질환 목록은 다음과 같습니다:

- HIV/AIDS (성인 및 아동) 또는
- 심각한 정신 질환(Serious Mental Illness, SMI) (성인만 해당됨) 또는
- 심각한 정서 장애(Serious Emotional Disturbances, SED) (아동만 해당됨) 또는
- 복합 트라우마 (아동만 해당됨)
- 지적 장애 (OPWDD)
- 뇌성 마비 (OPWDD)
- 간질 질환 (OPWDD)
- 신경 장애 (OPWDD)
- 자율 신경 장애 (OPWDD)
- 프라더 윌리 증후군 (OPWDD)
- 자폐증 (OPWDD)