

NOTICE OF DECISION FOR FAMILY HEALTH PLUS – PREMIUM ASSISTANCE PROGRAM

NOTICE DATE:	EFFECTIVE DATE:	NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE
CASE NUMBER	Unit or Worker Name	
CASE NAME (And C/O Name if Present) AND ADDRESS		
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP ----- OR Agency Conference _____ Fair Hearing Information and Assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance Information _____

The Local Department of Social Services (LDSS) has made a decision concerning your eligibility for Family Health Plus Premium Assistance Program.

This Department will:

- ACCEPT** the application dated _____ for (name(s)) _____.
Effective: _____, the premium assistance program will pay \$ _____ weekly bi-weekly monthly quarterly
- CONTINUE** the premium payment for (name(s)) _____, effective _____. The premium assistance program will pay \$ _____ weekly bi-weekly monthly quarterly
- TAKE NO ACTION** on the application dated _____, since it was withdrawn.
- CHANGE** from Family Health Plus Managed Care to Family Health Plus Premium Assistance Program for (name(s)) _____. You will be disenrolled from _____ Health Insurance Plan effective: _____ and enrolled in your Employer's Health Insurance Plan _____, effective: _____. The Premium Assistance Program will pay \$ _____ weekly bi-weekly monthly quarterly
- DISCONTINUE** Premium Assistance Program for (name(s)) _____. Effective _____. The **reason** for this action is as follows:
 - You no longer have access to your employer's health insurance plan; you will be enrolled into the Family Health Plus plan you chose on your application.
 - It is not cost effective for Medicaid to continue paying the premium for your employer's health insurance plan. You must notify us **within 10 days** to tell us if you will remain in the employer sponsored health insurance and pay the cost of the premium yourself. If you fail to respond your coverage will end. If you choose to discontinue your health insurance, you must provide us with written proof of your termination date, and you must choose a Family Health Plus plan **within 10 days** if you want to receive Family Health Plus benefits.

If this application is being denied or discontinued for financial reasons, the following information explains the calculation of eligibility. The income, resources and allowable deductions/exemptions are as follows:

INCOME		RESOURCES	
Gross monthly income	\$ _____	Countable resources	\$ _____
Deductions	- \$ _____	Exemptions	- \$ _____
Net monthly income	\$ _____	Net resources	\$ _____
Allowable standard	\$ _____	Allowable standard	\$ _____
Excess income	\$ _____	Excess resources	\$ _____

The law(s) and/or regulation(s) which allow us to do this are SSL 369-ee.

If any of these actions were taken because of financial circumstances, we have enclosed a budget worksheet(s) so that you can see how we determined eligibility for benefits.

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made the wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the first page of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. ***It is not the way you request a fair hearing.*** If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. Read below for fair hearing information.

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

- 1) **Telephone:** You may call the state wide toll free number: 800-342-3334 (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL); **OR**
- 2) **Fax:** Send a copy of this notice to fax no. (518) 473-6735; **OR**
- 3) **On-Line:** Complete and send the online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>; **OR**
- 4) **Write:** Send a copy of this notice **completed**, to the Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

I want a fair hearing. The Agency's action is wrong because: _____

Print Name: _____ Case Number: _____

Address: _____ Telephone: _____

Signature of Client: _____ Date: _____

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, paystubs, receipts, medical bills, heating bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

CONTINUING YOUR BENEFITS: If you request a fair hearing before the effective date stated in this notice, you will continue to receive your benefits unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, we may recover the cost of any Medical Assistance benefits that you should not have received. If you want to avoid this possibility, check the box below to indicate that you do not want your aid continued, and send this page along with your hearing request. If you do check the box, the action described above will be taken on the effective date listed above.

I agree to have the action taken on my Medical Assistance benefits, as described in this notice, prior to the issuance of the fair hearing decision.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file, which we will give to the hearing officer at the fair hearing. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file, which you think you may need to prepare for your fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice or write us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a fair hearing, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call us at the telephone numbers listed at the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

ATTENTION: Children under 19 years of age who are not eligible for Child Health Plus A or other health insurance may be eligible for the Child Health Plus B Insurance Plan (Child Health Plus B). The plan provides health care insurance for children. Call 1-800-522-5006 for information.

OHIP-0011 SP

AVISO DE DECISIÓN TOMADA CON RELACIÓN AL PROGRAMA DE AYUDA CON PAGOS DE PRIMAS - FAMILY HEALTH PLUS

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:	FECHA DE VIGENCIA:	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA / CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO
NÚMERO DE CASO	UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL	
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo, si está presente) Y DOMICILIO		
		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA

		Conferencia con la Agencia _____
		Audiencias Imparciales Información y asistencia _____
		Acceso a los Archivos _____
		Información sobre Asesoramiento Legal _____

El departamento local de servicios sociales ha tomado una decisión pertinente a su habilitación para recibir beneficios del Programa de Ayuda con los Pagos de Primas de Family Health Plus.

Este departamento tomará la siguiente acción:

- ACEPTARÁ** la solicitud de fecha _____ para (nombre[s]) _____.
A partir del: _____, el programa de ayuda con los pagos de primas pagará \$ _____
 semanalmente cada dos semanas mensualmente trimestralmente
- CONTINUARÁ** los pagos de primas para (nombre[s]) _____, a partir del _____.
El programa de ayuda con los pagos de primas pagará \$ _____ semanalmente cada dos semanas mensualmente trimestralmente
- NO SE TOMARÁ DECISIÓN ALGUNA** sobre la solicitud de fecha _____ dado que ésta fue retirada.
- CAMBIARÁ** de Cuidados Administrados de Family Health Plus, a Programa de Ayuda con los Pagos de Primas de Family Health Plus para (nombre[s]) _____. Usted será retirada(o) del seguro de salud _____, a partir del _____ y se le inscribirá en el seguro médico de su empleador _____, a partir del: _____. El Programa de Ayuda con los Pagos de Primas pagará \$ _____
 semanalmente cada dos semanas mensualmente trimestralmente
- SUSPENDERÁ** los beneficios del Programa de Ayuda con los Pagos de Primas para (nombre[s]) _____ a partir del _____. El **motivo** de esta decisión es la siguiente:
- Usted ya no tiene acceso al seguro médico de su empleador; a usted se inscribirá en el plan de Family Health Plus que usted seleccionó en la solicitud.
- No es eficaz, en función de los costos, que Medicaid continúe pagando la prima del seguro médico que usted recibe por parte de su empleador. Usted nos debe notificar **dentro de 10 días** si usted decide retener el seguro médico que recibe por parte de su empleador y continuar pagando usted mismo(a) el costo de las primas del seguro. Si usted no responde, cesará su cobertura. Si usted decide suspender su seguro médico, usted debe suministrarnos un comprobante por escrito que muestre la fecha en que la cobertura cesa. Además, usted debe escoger un plan de salud de Family Health Plus **dentro de 10 días** si desea recibir beneficios del seguro médico de Family Health Plus.

Si la presente solicitud se rechaza o se suspende por razones económicas, a continuación explicamos cómo se evaluaron los requisitos El ingreso, los recursos y las deducciones permitidas / excepciones son las siguientes:

INGRESOS		RECURSOS	
Ingresos brutos mensuales	\$ _____	Recursos contables	\$ _____
Deducciones	-\$ _____	Exenciones	-\$ _____
Ingreso neto mensual	\$ _____	Recursos netos	\$ _____
Estándar permitido	\$ _____	Estándar permitido	\$ _____
Ingresos en exceso	\$ _____	Recursos en exceso	\$ _____

La(s) ley(es) y/o reglamentación que nos permite(n) hacer esto son SSL 369-ee.

Si alguna decisión fue tomada por circunstancias financieras, hemos adjuntado una hoja de cálculo de presupuesto para que usted pueda ver cómo calculamos su habilitación para recibir beneficios.

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER EL DORSO DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA INFORMARSE SOBRE CÓMO APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: usted puede solicitar una conferencia para examinar la decisión tomada. Si desea solicitar una conferencia, hágalo lo más pronto posible. Si en la conferencia nos percatamos que nuestra decisión es incorrecta; o si según la información que usted nos brinde, decidimos modificar la decisión tomada, tomaremos la medida correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Puede solicitar una conferencia llamando al número de teléfono que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una carta a la dirección que aparece en esa misma página. Ese número es solamente para solicitar una conferencia con la agencia. **y no es la manera de solicitar una audiencia imparcial**. Tiene derecho a una audiencia imparcial aunque solicite una conferencia. Si desea que sus beneficios continúen sin cambios (asistencia ininterrumpida) hasta que se tome una decisión de su caso en la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de la manera descrita a continuación. Lea la siguiente información sobre audiencias imparciales.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: si usted cree que la decisión descrita anteriormente es incorrecta, puede solicitar una audiencia estatal imparcial de las siguientes maneras:

- 5) **Por teléfono:** llame al número de teléfono estatal: 800 -342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME)
- 6) **Por fax:** envíe una copia de esta notificación al (518) 473-6735
- 7) **Por internet:** rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>; **OR**
- 8) **Por escrito:** rellene este aviso en su **totalidad** y envíe una copia a: *Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201.* Favor de quedarse con una copia.

Deseo una audiencia imparcial. La decisión de la agencia es incorrecta porque: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Nº de Caso: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

USTED TIENE 60 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole dónde y cuándo se llevará a cabo la audiencia. Usted tiene derecho a ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo(a) u otra persona, o de representarse así mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué no se debe tomar la medida, como también la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca a la audiencia. Además, usted tiene el derecho de presentar testigos que avalen su caso. Le sugerimos traer consigo todo documento pertinente que le ayude a avalar su caso, tales como: talonario de cheques de pago, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc.

CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS: si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de vigencia indicada en esta notificación, continuará recibiendo sus beneficios sin cambios hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial. Sin embargo, si la audiencia no se decide a su favor, podríamos pedirle que nos devuelva la cantidad correspondiente a los beneficios de Asistencia Médica que usted recibió y que no tenía que haber recibido. Si no quiere que esto ocurra, marque la siguiente casilla indicando que no quiere que continúen sus beneficios, y mande esta hoja junto con la petición de audiencia. Si marca la casilla, la medida descrita anteriormente se llevará a cabo en la fecha fijada arriba.

Estoy de acuerdo en que se tome la decisión indicada en esta notificación con respecto a mis beneficios de Asistencia Médica antes de la decisión de la audiencia imparcial.

ASISTENCIA LEGAL: si necesita asesoría legal gratuita, podría obtenerla llamando al número local de la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal. Puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía en las Páginas Amarillas del directorio telefónico bajo «Lawyers» (abogados), o llamando al número que aparece en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: en preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias de otros documentos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al número de teléfono de Acceso a Archivos que aparece en la parte superior de la página 1 de esta notificación. o mande una carta a la dirección indicada en esa misma página.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada para la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

INFORMACIÓN: si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en la primera página de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.

ATENCIÓN: los niños menores de 19 años de edad que no reúnen los requisitos de Child Health Plus A o de algún otro seguro médico, podrían reunir los requisitos del Seguro de Salud Child Health Plus B (Child Health Plus B). El seguro brinda atención y cuidados de salud para niños. Si desea información llame al 1-800-522-5006.