

**NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN DE APROBAR LA COBERTURA DE PROGRAMA DE BENEFICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PERMANENTE, NEGAR LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR RETROACTIVA**

|  |                |   |  |                |
|--|----------------|---|--|----------------|
| FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:  |                | NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA / CENTRO U OFICINA DE DISTRITO   |  |                |
| NÚMERO DE CASO   | NÚMERO CIN/RID |   |  |                |
| 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 _____<br>-----<br>Conferencia con la Agencia _____<br>Audiencias Imparciales _____<br>Información y Asistencia _____<br>Acceso a los Archivos _____<br>Información sobre Asesoramiento Legal _____ |  |                |
| Nº DE OFICINA  | Nº DE UNIDAD   | Nº DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS   | NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS | Nº DE TELÉFONO |

Hemos aceptado su solicitud de fecha \_\_\_\_\_ para el programa de Planificación Familiar a partir de \_\_\_\_\_ para:

(Nombre) \_\_\_\_\_ No. de ID del cliente \_\_\_\_\_

(Nombre) \_\_\_\_\_ No. de ID del cliente \_\_\_\_\_

(Nombre) \_\_\_\_\_ No. de ID del cliente \_\_\_\_\_

(Nombre) \_\_\_\_\_ No. de ID del cliente \_\_\_\_\_

Los servicios de Planificación Familiar pueden ayudarle a evitar o reducir los embarazos no deseados. El paquete de servicios de Planificación Familiar incluye ciertos medicamentos recetados como también de venta libre, suministros médicos, transporte, esterilización y asesoramiento médico.

Hemos denegado cobertura de Planificación Familiar para el periodo que va de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

Ello se debe a que su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$ \_\_\_\_\_ sobrepaso por \$ \_\_\_\_\_, y representa el límite de ingresos establecido por el Programa de Planificación Familiar.

Consulte la sección de cálculo de presupuesto para entender la manera en que determinamos sus ingresos.

Si sometió recibos de facturas médicas pagadas con el objeto de recibir un reembolso directo, se le notificará por separado de nuestra decisión.

Si cree que necesita Medicaid o Family Health Plus, puede someter una solicitud cuando lo desee.

Esta decisión se basa en la Sección 366 (1)(a)(11) de la Ley de Servicios Sociales.

**LAS REGULACIONES VIGENTES EXIGEN QUE USTED NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO SOBRE TODO CAMBIO EN NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, SITUACIÓN DE VIVIENDA O DOMICILIO**

**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 la primera página de esta notificación. Ese número es solamente para solicitar una conferencia y **no es la manera de solicitar una audiencia imparcial**. Tiene derecho a una audiencia imparcial aunque solicite una conferencia. 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:

- 1) **Por teléfono:** llame al número de teléfono estatal libre de cargos: 800 -342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME)
- 2) **Por fax:** envíe una copia de esta notificación al número de fax: (518) 473-6735
- 3) **Por internet:** rellene una petición electrónica en el siguiente sitio: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>
- 4) **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 (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Número 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 a sí 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 avale su caso, tales como esta notificación, talonarios de cheques de pago, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc.

**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 u otra asociación de defensa legal 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 copias gratis 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 copias gratis 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 primera página de esta notificación, o mande una carta a la dirección indicada en la primera página de esta notificación.

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 de 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 la parte superior de esta notificación.

**ATENCIÓN:** los menores de 19 años que no reúnan los requisitos de Medicaid o de otro seguro de salud podrán reunir los requisitos del seguro de salud Child Health Plus (CHPlus). El plan brinda seguro de salud para niños. Si desea información llame al 1-800-698-4543.