

**NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN TOMADA SOBRE SU SOLICITUD DE MEDICAID
DENEGACIÓN DE MEDICAID / FAMILY PLUS / DECLINACIÓN DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA / CENTRO U OFICINA DEL 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 _____ ----- O bien, Conferencia con la Agencia _____ Audiencias Imparciales _____ Información y asistencia _____ Acceso a los Archivos _____ Información sobre Asesoramiento Legal _____		

Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	Nº DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR DE CASOS	Nº DE TELÉFONO
---------------	--------------	-------------------------------	---	----------------

Hemos rechazado su solicitud de Medicaid / Family Health Plus de fecha _____ para:

- (Nombre) _____ Nº de I.D. del Cliente _____
- (Nombre) _____ Nº de I.D. del Cliente _____
- (Nombre) _____ Nº de I.D. del Cliente _____

Usted no puede recibir Medicaid porque:

- Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$ _____ sobrepasa el límite de ingresos de \$ _____ fijado por Medicaid. El monto que sobrepasa el límite se denomina ingreso excesivo o sobrante. El monto mensual de su ingreso excesivo es \$ _____. Usted no tiene facturas médicas pagas o impagas no cubiertas por un seguro médico cuyo monto sea igual o mayor al monto de su ingreso excesivo. Si en un futuro usted incurre facturas médicas por un monto equivalente al límite de ingresos excesivos fijado por Medicaid, puede volver a presentar una solicitud. Vea el adjunto titulado «Explicación del Programa de Ingresos Excesivos» y «Programa Opcional de Contribución de Pagos».
- Sus recursos contables de \$ _____ sobrepasan el límite de recursos de \$ _____ fijado por Medicaid. El monto que sobrepasa el límite de recursos se denomina recurso excesivo o sobrante. Vea el adjunto titulado «Explicación del Programa de Recursos Excesivos».
- O bien,**
- Usted tiene entre 21 a 64 años de edad, y no está embarazada o es persona oficialmente declarada ciega o incapacitada o está a cargo del cuidado de niños parientes menores de 21 años de edad.
- Su ingreso bruto de \$ _____ sobrepasa el 185% del Estándar de Medicaid fijado en \$ _____.
- Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Asistencia Médica) de \$ _____ sobrepasa el Estándar de Medicaid fijado en \$ _____.

Si el solicitante tiene entre 19 y 64 años de edad, también hemos hecho una evaluación para saber si reúne los requisitos de Family Health Plus. Usted no reúne los requisitos de Family Health Plus por las siguientes razones:

- Usted no reúne los requisitos de Family Health Plus porque su ingreso bruto de \$ _____ sobrepasa el límite de ingresos de Family Health Plus fijado en \$ _____.
- Usted no reúne los requisitos de Family Health Plus porque usted tiene otro seguro. El seguro médico Family Health Plus es un programa de seguro de salud para aquellas personas que no tienen ningún otro tipo de seguro médico, con ciertas excepciones. Usted tiene un plan de seguro de salud que no está incluido en una de estas excepciones, ni tampoco es económico para los efectos de pagos de primas por Medicaid de su seguro de salud patrocinado por el empleador. Por lo tanto, usted no reúne los requisitos para recibir Family Health Plus.
- Usted no reúne los requisitos para recibir Family Health Plus porque usted puede recibir cobertura de seguro médico patrocinado por su empleador por medio de un plan federal.

Se determinó que usted reúne las condiciones financieras necesarias para participar en el Programa de Planificación Familiar porque el monto de su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) es equivalente o inferior a la cantidad de \$ _____, considerado el límite de ingresos de Medicaid para estos servicios. **Usted no ha sido inscrito en el Programa de Planificación Familiar porque usted eligió no participar.**

Los menores de 19 años pueden recibir Children Health Plus. Si desea información llame al 1-800-698-4543.

Recuerde que puede volver a presentar una solicitud en un futuro.

Esta decisión se basa en las Secciones 369-ee y 366(1)(a)(11) de la Ley de Servicios Sociales y 18 NYCRR 360-4.8.

Hemos incluido una hoja de cálculo presupuestario de manera que usted pueda ver cómo calculamos los beneficios para los cuales usted reúne los requisitos.

**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) **Teléfono:** llame al número de teléfono estatal libre de cargos: 800 -342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME)
- 2) **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>; OR

- 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 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 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 podrían 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.