

통지 일자 _____ CIN 번호 _____

효력 일자 (10일 전 통보 필수) _____

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 _____ 본 _____ 기관이
날짜 헬스 홈 이름

헬스 홈(Health Home) 프로그램 가입을 해지할 것임을 통보하기 위한 편지입니다.

귀하께서는 지속적 참여에 필요한 기준을 충족하지 않고 계시며, 다음 이유(들)로 인해 위에 나열된 효력 일자부로 귀하의 헬스 홈 프로그램의 가입이 해지될 예정입니다.

귀하께서는 다음 필요 기준을 충족하지 않으므로 더 이상 헬스 홈 케어 관리 서비스를 필요로 하지 않습니다 (해당 사항에 모두 체크)

- 현재 본인의 모든 건강 및 회복 목표를 달성했음
- 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
- 더 이상 일상 생활 활동, 배움 또는 인지에 문제가 없음
- 기타 _____

현재 자녀나 요양인과 함께 다른 헬스 홈 프로그램에 가입할 수 있는 자격이 있거나 이미 가입되어 있음

현재 배제된 환경에 거주하고 있음 (예: 거주 치료 시설, 요양원, 교도소 등)

후속 조치를 따르지 않았으며 더 이상 헬스 홈 케어 관리 서비스를 제공할 수가 없음

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.

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)
Office of Administrative Hearing(행정 청문회 사무국)
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.

혜택 유지하기: 본 통지서에 명시된 효력일 이전에 공정 청문회를 요청하는 경우, 귀하는 공정 청문회 결정이 내려질 때까지 어떠한 변경 사항도 없이 계속해서 혜택을 받게 됩니다. 그러나 귀하가 공정 청문회에서 패하는 경우, 저희는 귀하가 받아서는 안되는 의료 지원 혜택에 대한 비용을 회수할 수 있습니다. 이러한 일을 방지하려면 지원이 계속되는 것을 원하지 않는다는 귀하의 의사 표시를 아래 박스에 체크한 후, 이 페이지를 귀하의 청문회 요청과 함께 보내주시기 바랍니다. 박스에 체크하면 앞서 설명된 조치는 위에 기재된 효력일에 취해집니다.

나는 공정 청문회 결정이 내려지기 전에 이 통지서에 설명된 바와 같이 의료 지원 혜택에 대한 조치가 취해지는 것에 동의합니다.

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 ODTA로 부터 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 등의 제공자, 지역 발달 장애 사무소(Developmental Disabilities Regional Office, DDRO)

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)