

通知日期	生效日期	CIN 编号
成员 (儿童/青少年)	姓名	
	出生日期	
c/o 父母/监护人/法定授权代表 (如果有的话)	姓名	
Health Home (健康之家)	姓名	
	地址	
	电话号码	

本通知旨在向您告知, 自 _____ 开始, 该机构 _____ 已经:
日期 Health Home (健康之家) 的名称

通过 1915(c) 儿童豁免计划的资格标准, 批准您的 Home and Community Based Services (家庭与社区服务, HCBS) 的申请

- 您已被认定有加入儿童豁免计划的资格, 可以开始获得 HCBS 服务了
- 您已被认定有加入儿童豁免计划的资格, 您已被列入等候名单, 等候可用名额

拒绝您通过 1915(c) 儿童豁免计划的资格标准获取 Home and Community Based Services (家庭与社区服务, HCBS) 的申请
由于以下原因, 您不符合加入儿童豁免计划的必要资格标准。

- 您不符合加入豁免计划所需的目标、风险和功能要求的护理级别标准
- 您已超过 21 岁
- 您从另一个 HCBS 系统 (例如 Office for People with Developmental Disabilities (发育障碍者办公室, OPWDD) 或 Managed Long Term Care (管理式长期护理, MLTC)) 接受 HCBS 服务
- 您预计将入院治疗 (如住院治疗机构、疗养院、医院等) 并住院 90 天或以上
- 其他 _____

本行动是根据 HCBS 儿童豁免权 NY 4125 R05.02 和 42 CFR 441.302(c) 以及社会服务法 366(6)、366(7)、366(9) 或 366(12) 采取的

Health Home (健康之家) 的代表签名 X

如果您不同意这个决定, 您可以要求举行调解会、公正听证会或两者同时进行。请阅读本通知书的背面, 了解您如何请求举行调解会和/或公正听证会。

申请举行调解会的权利

您可以举行调解会来审查这些行动。如果您希望举行调解会，应尽快申请。在调解会中，如果我们发现我们的判决有误，或者我们依据您所提供的信息决定变更我们的判决，则我们将进行纠正并书面通知您。您可以拨打本通知书第一页中提供的电话号码来申请举行调解会，也可将您的书面申请寄送至本通知书首页顶部提供的地址来进行申请。此号码仅用于申请举行调解会。这不是申请召开公平听证会的方法。如果您申请举行调解会，您仍有权申请召开公平听证会。您必须采用下述方式申请召开公平听证会。

申请召开公平听证会的权利

如果您认为以上措施有误，则可以申请举行纽约州公平听证会。申请方式如下：

- 1) **电话：**您可拨打纽约州免费电话：800-342-3334（请在拨打电话时将此通知放在手边备用）；或者
- 2) **传真：**将本通知书副本用传真发送至：(518) 473-6735；或
- 3) **在线：**访问以下地址填写并提交在线申请表：<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>；或者
- 4) **信件：**将已填妥的本通知书副本邮寄至：Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O.Box 1930, Albany, New York 12201。请自行留存一份副本。
- 5) **现场申请：** New York City:
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place – 1st Floor
Brooklyn, New York 11201
- 6) **言语和听力障碍者**
请拨打 711 或 1-800-622-1220 联系 New York Relay Service。请求接线员转接至 877-502-6155。这个号码的服务将只提供给使用 TDD 设备的呼叫者。

我希望申请召开公平听证会。该机构行动有误，原因是 _____

自本通知书发出之日起，您有 60 天时间申请公平听证会

申请召开公平听证会后，纽约州将向您发送一份通知，告知您举行听证会的时间及地点。您有权请法律顾问、亲属、朋友或他人代表您或由您本人亲自出席听证会。在听证会期间，您本人、您的律师或其他代表将有机会出示书面或口头证据以证明之前的决定有误，并有机会向出席听证会的任何人员提问。此外，您还有权带证人为您提供证据。您应携带任何可为您的个案提供有力证据的文件出席听证会，诸如本通知书、工资单、收据、健康护理账单、供暖账单、医疗诊断书、医生信件等文件。

法律援助

如果您需要获取免费法律援助，可联系您所在地的法律援助协会或其他法律支持团体来获取此类援助。您可以在黄页的“律师”条目下查找附近的法律援助协会或维权团队信息，也可以拨打本通知书第一页中提供的电话号码以进行查询。

获取您的文件和文档复印件

为帮助您为听证会做好准备，您有权查看您的个案文件。如果您通过电话或信件与我们联系，我们将向您免费寄送您文件中文档的复印件，并将在听证会上向听证官提供此资料。同时，如果您通过电话或信件与我们联系，我们将向您免费寄送您认为可能有助于您为听证会做好准备的其他文档的复印件。如果您打电话或写信给我们，我们还将免费为您提供必要的具体政策材料，以便您决定是否申请召开公平听证会或为听证会做好准备。我们可为您提供的政策材料包括以下文档：行政指令、一般信息系统消息、信息性信函、Medicaid 参考指南的部分内容、卫生署 Medicaid 最新通讯和当地专员备忘录。要申请获取具体政策材料、文档或了解查看文件的方法，请拨打本通知书正面顶部提供的“存取记录”电话号码，或者写信邮寄至本通知书正面顶部提供的地址与我们联系。如果您需要您个案文件的免费具体政策材料或文档复印件，应提前申请。我们将在听证会之前的适当时间向您提供该资料。只有在您明确要求邮寄文档时，我们才会将文档邮寄给您。

信息

如果您想获取与您的个案相关的更多信息或者想详细了解申请召开公平听证会、查看文件或获取其他文件副本的方法，请拨打本通知书第 2 页提供的电话号码，或者写信邮寄至本通知书第 2 页提供的地址以联系我们。

姓名（正楷体）：

客户身份识别编码 (CIN)：

地址：

电话号码：

签名：X

日期：