

Уведомление о принятии решения

О включении или невключении в программу

1915(c) Children's Waiver

(Исключение для детей) в штате Нью-Йорк

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Home and Community Based Services
(Обслуживание на дому и по месту жительства, HCBS)

Дата уведомления	Дата вступления в силу	Номер CIN
Участник (ребенок/подросток)	Имя и фамилия	
	Дата рождения	
Кому: родителю / опекуну / законному представителю, при наличии	Имя и фамилия	
Центр Health Home	Имя и фамилия	
	Адрес	
	Телефон	

Настоящим сообщаем вам, что с _____ это учреждение _____
Дата Наименование центра Health Home
выполнило указанные далее действия.

- Одобрило вашу заявку на Home and Community Based Services (HCBS) посредством подтверждения соответствия критериям участия в программе 1915(c) Children's Waiver.**
- Вы отвечаете критериям участия в программе Children's Waiver и можете начать получение услуг HCBS.
- Вы отвечаете критериям участия в программе Children's Waiver, но вас поместили в список ожидания свободного места.
- Отклонило вашу заявку на получение услуг Home and Community Based Services (HCBS) посредством оценки соответствия критериям участия в программе 1915(c) Children's Waiver.**
- Вы не отвечаете критериям участия в программе Children's Waiver по указанным далее причинам.**
- Вы не отвечаете критериям уровня ухода по требованиям к целям, рискам и функциональности для включения в эту программу.
- Вы старше 21 года.
- Вы получаете услуги HCBS в рамках другой системы HCBS (например, Office for People With Developmental Disabilities (Управление по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития, OPWDD) или Managed long-term care (программа Управляемого долгосрочного ухода, MLTC)).
- Ожидается, что вы проведете не менее 90 дней в условиях стационара (например, лечебное учреждение с проживанием, центр сестринского ухода, больница и т. п.).
- Другое _____

Это решение принимается в соответствии с положением NY 4125 R05.02 руководящего органа программы HCBS Children's Waiver и 42 CFR 441.302(c), а также в соответствии с законом Social Services Law (Закон о социальных службах) 366(6), 366(7), 366(9), или 366(12)

Подпись представителя Health Home X

ЕСЛИ ВЫ НЕ СОГЛАСНЫ С ЭТИМ РЕШЕНИЕМ, ВЫ МОЖЕТЕ ПОДАТЬ ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ, ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА ИЛИ И ТОГО, И ДРУГОГО. ИНФОРМАЦИЯ О ТОМ, КАК ПОДАТЬ ЗАПРОС О ПРОВЕДЕНИИ СОБЕСЕДОВАНИЯ И (ИЛИ) ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА, ПРЕДСТАВЛЕНА НА ОБОРОТЕ УВЕДОМЛЕНИЯ.

ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Для пересмотра этих действий можно провести собеседование. Если вы хотите провести собеседование, вам следует запросить его как можно скорее. Если на собеседовании будет установлено, что мы приняли неверное решение, или если мы решим изменить наше решение из-за предоставленной вами информации, мы примем корректирующие меры и сообщим вам об этом в письменном виде. Запросить проведение собеседования можно, позвонив по номеру, указанному на первой странице этого уведомления, или отправив нам письменный запрос по адресу, указанному вверху первой страницы этого уведомления. Этот номер используется только для подачи запроса о проведении собеседования. По этому номеру нельзя подать запрос на проведение объективного разбирательства. Если вы подадите запрос на проведение собеседования, вы также имеете право подать запрос на проведение объективного разбирательства. Запрос на проведение объективного разбирательства необходимо подать так, как описано ниже

ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА

Если вы не согласны с решением, приведенным выше, вы можете подать запрос на проведение объективного разбирательства администрацией штата:

- 1) **по телефону:** вы можете позвонить по единому для штата бесплатному номеру: 800-342-3334 (ПРИ ОБРАЩЕНИИ НУЖНО ИМЕТЬ ПРИ СЕБЕ ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ); ИЛИ
- 2) **по факсу:** отправьте копию этого уведомления по факсу (518) 473-6735; ИЛИ
- 3) **онлайн:** заполните и отправьте запрос онлайн по адресу: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; ИЛИ
- 4) **по почте:** отправьте заполненную копию данного уведомления по адресу Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Сохраните копию у себя;
- 5) **лично: New York City:**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place – 1st Floor
Brooklyn, New York 11201;
- 6) **для лиц с нарушениями речи и слуха:**
обратитесь в службу New York Relay Service по номеру 711 или 1-800-622-1220. Попросите оператора позвонить по номеру 877-502-6155. По этому номеру обслуживаются только лица, имеющие текстофон.

Я прошу провести объективное разбирательство. Решение учреждения неверно, потому что _____

ВЫ МОЖЕТЕ ПОДАТЬ ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА В ТЕЧЕНИЕ 60 ДНЕЙ С ДАТЫ ЭТОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Если вы подадите запрос на проведение объективного разбирательства, администрация штата направит вам уведомление с указанием времени и места проведения разбирательства. Вас может представлять юрист, родственник, друг или другое лицо, а также вы можете представлять свои интересы сами. В ходе разбирательства вы, ваш юрист или другой представитель сможете представить письменные и устные доказательства против такого решения, а также опросить всех людей, присутствующих на разбирательстве. Вы также имеете право привести своих свидетелей. На разбирательство следует принести любые документы, такие как это уведомление, квитанции о начислении заработной платы, чеки, счета за медицинское обслуживание, счета за отопление, результаты медицинских обследований, письма от врачей и т. п., которые помогут вам представлять ваши интересы.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Если вам нужна бесплатная юридическая помощь, обратитесь в местное отделение общества юридической помощи или в другую правозащитную группу. Ближайшие общества юридической помощи и группы адвокатов можно найти в телефонном справочнике в разделе «Юристы» или обратившись по номеру, указанному на первой странице этого уведомления.

ДОСТУП К ВАШЕМУ ДЕЛУ И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ

Вы имеете право просмотреть материалы своего дела, чтобы подготовиться к разбирательству. Позвоните или напишите нам, чтобы получить бесплатные копии документов из вашего дела, которые мы предоставим лицу, которое будет принимать решение по вашему делу по результатам объективного разбирательства. Также позвоните или напишите нам, чтобы получить бесплатные копии других документов из вашего дела, которые могут пригодиться вам для подготовки к объективному разбирательству. Если вы позвоните или напишете нам, мы также бесплатно предоставим вам конкретные процессуальные материалы, которые помогут вам принять решение о необходимости проведения объективного разбирательства или подготовиться к нему. Процессуальные материалы могут включать такие документы, как: административные распоряжения, сообщения общей информационной системы, информационные письма, части справочного руководства Medicaid, информационные бюллетени о Medicaid от Department of Health и служебные записки местного уполномоченного руководителя. Чтобы получить материалы о процедуре, документы и информацию о том, как использовать материалы вашего дела, позвоните нам по номеру службы доступа к документам, указанному вверху первой страницы этого уведомления, или напишите нам по адресу, указанному вверху первой страницы этого уведомления. Если вам нужны процессуальные материалы или документы из вашего дела, запросите их заранее. Вам предоставят их в разумные сроки до даты разбирательства. Документы отправляются по почте только в том случае, если вы особо попросите об этом.

ИНФОРМАЦИЯ

Если вам нужна подробная информация по вашему делу, процедуре запроса на проведение объективного разбирательства, об использовании материалов дела или получении дополнительных копий документов, позвоните нам по номерам, указанным выше на странице 2 этого уведомления, или напишите по адресу, указанному выше на странице 2 этого уведомления.

Имя и фамилия печатными буквами:

Идентификационный номер клиента (CIN):

Адрес:

Телефон:

Подпись: X

Дата: