

| | | |
|---------------------------|------|--------|
| 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 _____
日期 Health Home (健康之家) 的名称

在 1915(c) 儿童豁免计划中中止了您的 HCBS 注册

由于以下原因, 您在豁免计划中的注册和获得 HCBS 的机会将中止, 自上述日期起生效:

- 您不再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
- 您已满 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
- 您接受过超过 90 天的住院治疗 (如住院治疗机构、疗养院、医院等)
- 您目前被监禁
- 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重新通知您。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。如果您想在收到公平听证会判决结果之前继续领取自己的福利（继续获得援助），则您必须采用下述方式申请召开公平听证会。请阅读下方的公平听证会相关信息。

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。

继续领取您的福利

如果您在本通知书注明的生效日期之前申请召开公平听证会，则在该公平听证会判决发布之前，您可以继续领取自己的福利。但是，如果您输掉了公平听证会，我们将收回您不应领取的任何 Medicaid 福利。如果您希望避免出现这种情况，请勾选下面的方框，以表明您不希望继续获得援助，并将本页与您的听证会申请一同发送给我们。如果您勾选此方框，则我们将从上述生效日期开始采取上述措施。

我同意在公平听证会签发决定之前贵署对我的 Medicaid 福利采取本通知中描述的措施。

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“记录存取”电话号码，或者写信邮寄至本通知书正面顶部提供的地址以联系我们。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 1 页提供的电话号码，或者写信邮寄至本通知书第 1 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：