

**NOTICE OF DECISION ON YOUR MEDICAL ASSISTANCE APPLICATION
 MEDICAID/FAMILY HEALTH PLUS DENIAL/FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM DECLINATION**

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN/RID NUMBER			
CASE NAME (and C/O Name if Present)AND ADDRESS				
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____ ----- - OR Agency Conference _____ Fair Hearing Information and Assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance Information _____		
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.

We have denied your application for Medical Assistance/Family Health Plus dated _____ for:

(Name) _____ Client I.D. # _____
 (Name) _____ Client I.D. # _____
 (Name) _____ Client I.D. # _____

This is because your gross income of \$ _____ is over the Family Health Plus income limit of \$ _____ and your net income (gross income less Medical Assistance deductions) of \$ _____ is over the Medical Assistance income limit of :

- \$ _____ for individuals 19 and above
- \$ _____ for children age 1 through 18
- \$ _____ for children under age 1

Please look at the budget calculation section to see how we figured your income.

The amount over the Medical Assistance limit is called excess income or spenddown. Your monthly excess income amount is \$ _____. You do not have paid or unpaid medical expenses not covered by insurance that are equal to or more than your excess income amount.

If you incur medical bills in the amount of your Medical Assistance excess income limit in the future, you may reapply.

Please read the Sections: "Explanation of the Excess Income Program" and "Optional Pay-In Program".

You were found eligible for the Family Planning Benefit Program, because your net income (gross income less Medical Assistance deductions) is at or below \$ _____ (200% of the Federal Poverty Level), which is the Medical Assistance income limit for these services. You have not been enrolled in the Family Planning Benefit Program, as you have chosen not to participate.

Children up to age 19 may be eligible for Child Health Plus B. Call 1-800-698-4543 for information.

Please be advised that you may reapply at any time in the future.

This decision is based on Sections 369-ee and 366 (1)(a)(11) of the Social Services Law and 18 NYCRR 360-4.8.

*REGULATIONS REQUIRE THAT YOU IMMEDIATELY NOTIFY THIS DEPARTMENT
 OF ANY CHANGES IN NEEDS, RESOURCES, LIVING ARRANGEMENTS OR ADDRESS*

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION
 BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made a wrong decision or if, because of information you provide, we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling us at the number on the first page of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the first page of this notice. This number is used only for asking for a conference. ***It is not the way you request a fair hearing.*** If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. Read below for fair hearing information.

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, you may request a State fair hearing by:

(1) **Telephoning:** (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL)

If you live in: New York City (Manhattan, Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island): (212) 417-6550

If you live in: Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans or Wyoming County: (716) 852-4868

If you live in: Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne or Yates County: (716) 266-4868

If you live in: Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins or Tioga County: (315) 422-4868

If you live in: Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Sullivan, Ulster, Warren, Washington, or Westchester County: (518) 474-8781

If you live in: Nassau or Suffolk County: (516) 739-4868

OR

(2) **Writing:** By sending a copy of this notice **completed**, to the Office of Administrative Hearing, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Please keep a copy for yourself.

I want a fair hearing. The Agency's action is wrong because:

Name: _____ Case Number _____

Address _____

Signature of Client _____ Date _____

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person, or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, paystubs, receipts, medical bills, heating bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling the number indicated on the first page of this notice.

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file which we will give to the hearing officer at the fair hearing. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you think you may need to prepare for your fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call the Record Access telephone number listed at the top of page 1 of this notice, or write us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a fair hearing, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call us at the telephone numbers listed on the top of page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

ANEXO VI

AVISO DE RESOLUCIÓN SOBRE SU SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA
DENEGACIÓN DE MEDICAID/FAMILY HEALTH PLUS / RECHAZO DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA LA
PLANIFICACIÓN FAMILIAR

FECHA DEL AVISO:		NOMBRE Y DIRECCION DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO	
NUMERO DE CASO	NUMERO CIN		
NOMBRE DEL CASO (Y Nombre del C/O Si Esta Presente) Y DIRECCION			
		NO. DE TELEFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____	

		O para Conferencia con la Agencia _____ informacion y asistencia	
		Sobre Vista Imparcial _____	
		Acceso a Archivos/Records _____	
		informacion sobre Asistencia Legal _____	

OFICINA NO.	UNIDAD NO.	NO. del Trabajador(a)	NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) O DE LA UNIDAD	NO. DE TELEFONO
-------------	------------	-----------------------	---	-----------------

Hemos denegado su solicitud para Asistencia Médica/Family Health Plus fechada el _____ para:

(Nombre) _____ # I.D. Paciente _____

(Nombre) _____ # I.D. Paciente _____

(Nombre) _____ # I.D. Paciente _____

Esto se debe a que su ingreso bruto de \$ _____ está por encima del límite de ingresos de Family Health Plus de \$ _____ y sus ingresos netos (ingreso bruto menos las deducciones por Asistencia Médica) de \$ _____ están por encima del límite de ingresos de Asistencia Médica de

- \$ _____ para personas de 19 años o mayores.
- \$ _____ para menores entre 1 y 18 años de edad.
- \$ _____ para niños menores de 1 año de edad.

Por favor consulte la sección de cálculo de presupuestos para ver cómo estimamos sus ingresos.

La cantidad por encima del límite de Asistencia Médica se llama excedente de ingresos o responsabilidad económica del paciente. El monto de su excedente de ingresos mensual es de \$ _____. Usted no tiene gastos médicos pagos o impagos, no cubiertos por el seguro, iguales o superiores al monto de su excedente de ingresos.

Si, en el futuro, usted incurre en gastos médicos equivalentes al monto de su límite de excedente de ingresos de Asistencia Médica, entonces podrá volver a solicitar la misma.

Por favor, lea las secciones: "Explicación del Programa de Excedente de Ingresos" y "Programa de Pagos Opcional".

Usted resultó elegible para el Programa de Beneficios para la Planificación Familiar porque sus ingresos netos (ingreso bruto menos las deducciones por Asistencia Médica) son iguales o inferiores a \$ _____ (200% del Índice Federal de Pobreza), que constituye el límite de ingresos de Asistencia Médica para estos servicios. Usted no ha sido inscripto en el Programa de Beneficios para la Planificación Familiar porque usted eligió no participar.

Los menores de hasta 19 años de edad, pueden calificar para Child Health Plus B. Llame al 1-800-698-4543 para solicitar información.

Por favor, tenga en cuenta que podrá volver a solicitarlo en cualquier momento, en el futuro.

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

LAS NORMAS EXIGEN QUE USTED NOTIFIQUE A ESTE DEPARTAMENTO DE INMEDIATO SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN SUS NECESIDADES, RECURSOS, ORGANIZACIÓN DE VIDA O DIRECCIÓN

**USTED TIENE DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN
ASEGÚRESE DE LEER EL DORSO DE ESTE AVISO RESPECTO DE CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar estas acciones. Si usted desea una conferencia, debe solicitar una tan pronto como sea posible. En la conferencia, si descubrimos que tomamos la decisión equivocada o si, debido a información que usted proporcione decidimos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le proporcionaremos un nuevo aviso. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de este aviso o enviándonos una petición por escrito a la dirección que se menciona en la parte superior de la portada de este aviso. Este número se utiliza sólo para solicitar una conferencia. *No es la manera de solicitar una audiencia justa (fair hearing, en inglés).* Si solicita una conferencia usted aún tiene derecho a una audiencia justa. Lea más adelante acerca de la información de audiencia justa.

DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA: Si usted piensa que la acción anterior está equivocada, usted puede solicitar una audiencia justa Estatal:

(1) Llamando por teléfono: (POR FAVOR TENGA A LA MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

Si vive en: La Ciudad de Nueva York (Manhattan, Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island): (212) 417-6550

Si vive en: Los Condados de Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans o Wyoming: (716) 852-4868

Si vive en: Los Condados de Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne o Yates: (716) 266-4868

Si vive en: Los Condados de Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins o Tioga: (315) 422-4868

Si vive en: Los Condados de Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Sullivan, Ulster, Warren, Washington o Westchester: (518) 474-8781

Si vive en: Los Condados de Nassau o Suffolk: (516) 739-4868

Ó

(2) Escribiendo: Enviando una copia de este aviso **debidamente llenado**, a la Oficina de Audiencias Administrativas de la Oficina de Asistencia Temporal y de Discapacidades del Estado de Nueva York a la siguiente dirección: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Por favor conserve una copia para usted.

Deseo una audiencia justa. La acción de la Agencia está equivocada debido a:

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

USTED TIENE 60 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA JUSTA

Si usted solicita una audiencia justa, el Estado le enviará un aviso informándole de la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene derecho a que un asesor jurídico, un familiar, un(a) amigo(a) u otra persona lo(a) represente o a representarse a sí mismo(a). Durante la audiencia usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia por escrito y verbal para demostrar por qué no se debe tomar la acción, así como también la oportunidad de cuestionar a cualquier persona que comparezca durante la audiencia. También tiene derecho a presentar testigos para que hablen en su favor. Usted debe traer a la audiencia cualquier documento, como por ejemplo, este aviso, talones de sueldo, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, verificación médica, cartas, etc. que puedan ser útiles para presentar su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, es posible que usted pueda obtener dicha asistencia comunicándose con la Sociedad de Asistencia Legal local u otro grupo defensor legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Asistencia Legal (Legal Aid Society, en inglés) o grupo defensor más cercano revisando las Páginas Amarillas de su directorio telefónico bajo el título "Lawyers" (que significa "Abogados") o llamando al número que se indica al frente de este aviso.

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y A COPIAS DE LOS DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a revisar su archivo de caso. Si llama o nos escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de su archivo que nosotros le proporcionaremos al oficial de audiencia durante la audiencia justa. También, si usted llama o nos escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de otros documentos de su archivo que pensemos que usted puede necesitar para prepararse para su audiencia justa. Para solicitar documentos o para determinar cómo revisar su archivo, llámenos al número de teléfono de la Sección de Acceso a Archivos (Record Access, en inglés) que se encuentra en la parte superior del frente de este aviso o escribanos a la dirección impresa en la parte superior del frente de este aviso.

Si usted desea obtener copias de los documentos de su archivo de caso, debe solicitarlas por anticipado. Se le proporcionarán en un tiempo razonable antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo únicamente si usted específicamente solicita que se le envíen por correo.

INFORMACIÓN: Si usted desea información adicional acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia justa, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, por favor llámenos a los números de teléfono que se mencionan en la parte superior del frente de este aviso o escribanos a la dirección impresa en la parte superior del frente de este aviso.