

## NOTIFICACION DE ACEPTACION PARA FAMILY HEALTH PLUS

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 _____		
		<input type="radio"/> 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
<p>Nosotros hemos aceptado su solicitud fechada _____ para Family Health Plus para _____ (nombre(s)). Como se le explica abajo, su cobertura de Family Health Plus comenzara cuando su inscripcion para el plan haya sido completada.</p> <p>Esto se debe a que su ingreso bruto de \$ _____ esta bajo el nivel de ingreso de Family Health Plus de \$ _____.</p> <p>Favor de fijarse en la seccion referente al calculo del presupuesto para ver como ciframos su ingreso.</p> <p>Bajo Family Health Plus, tiene usted que inscribirse en un plan de salud para recibir los servicios medicos que necesite. Ha elegido usted _____ como su plan de salud. Estamos procesando su inscripcion en este plan. El plan de salud le notificara la fecha desde la que podra empezar a utilizar los servicios medicos permitidos por el plan. Usted tiene 90 dias desde esa fecha para cambiar su plan por la razon que sea. Usted solo puede hacer eso si hay algun otro plan de salud disponible en su area. Despues de los 90 dias, no podra cambiar su plan de salud en los 9 meses siguientes, a menos que tenga razones de fuerza mayor.</p> <p>Family Health Plus provee cobertura de seguro de salud por un conjunto de servicios limitados a ciertos individuos que tienen entre los 19 a 64 anos, los cuales no pueden obtener Asistencia Medica debido a que sus ingresos o recursos son demasiado altos.</p> <p>Los servicios que no estan cubiertos bajo Family Health Plus pero si lo estan bajo Asistencia Medica incluyen: atencion sanitaria en casa de larga duracion, cuidados institucionales de larga duracion, atencion personal y transporte de no urgencia.</p> <p><i>(Aviso: Luego de que su inscripcion en Family Health Plus entre en vigor, si esta embarazada, usted puede elegir a permanecer en Family Health Plus o inscribirse en Asistencia Medica. Usted debe de discutir su eleccion con su medico y la oficina local de servicios sociales para que pueda tomar una decision que mejor pueda cumplir con sus necesidades.)</i></p> <p>Tambien estuvimos evaluando su elegibilidad para el paquete de servicios de Asistencia Medica. Usted no resulto elegible para Asistencia Medica porque:</p> <p><input type="checkbox"/> Sus ingresos neto (ingresos bruto menos las deducciones de Asistencia Medica) de \$ _____ excede el limite de ingresos de Asistencia Medica de \$ _____. La cantidad que excede el limite se denomina ingreso excesivo o "spenddown".</p> <p><input type="checkbox"/> Usted nos dijo que su recursos contable excede el limite de recursos de Asistencia Medica de \$ _____. La cantidad que excede el limite se denomina recursos excesivos o "spenddown".</p> <p><input type="checkbox"/> SOLO PERSONAS ELEGIBLES PARA SPENDDOWN: Las opciones de Family Health Plus y Asistencia Medica con spenddown de ingresos le fueron explicadas al mismo tiempo de su entrevista para la cobertura del seguro medico. Usted eligio participar en Family Health Plus en lugar de Asistencia Medica con spenddown de ingresos. Si usted decide que quiere cambiar a Asistencia Medica con spenddown de ingresos contacte con su trabajador(a) social. Si usted elegido la opcion de spenddown es posible que tendra que verificar sus recursos, si todavia no lo hecho, dado que hay un limite de recursos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sus ingresos bruto de \$ _____ excede el 185% de la Norma de Necesidad (Standard of Need) de Asistencia Publica de \$ _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Sus ingresos neto (ingresos bruto menos las deducciones de Asistencia Medica) de \$ _____ excede el limite de ingresos de Asistencia Publica de \$ _____. </p> <p><input type="checkbox"/> Usted nos dijo que su recursos contable excede el limite de recursos de Asistencia Publica de \$ _____.</p> <p>Las personas de edad entre 21 a 64 anos y que no estan embarazadas, o no son ciegos certificadas o incapacidas, o no estan cuidando a sus hijos que son menores de 21 anos, deben satisfacer los requisitos del programa de Asistencia Publica para que ser elegible para de Asistencia Medica.</p> <p>Esta decision esta basada en la regulaciones 18 NYCRR 360-4.7, 360-4.8 y la seccion 369-ee de la ley de Servicios Sociales.</p>				

**LAS REGULACIONES VIGENTES EXIGEN QUE USTED NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO SOBRE CUALESQUIER CAMBIO EN NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, ARREGLOS DE VIVIENDA O DIRECCION.**

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION. CERCIORESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.**

**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.