

| <u>CNS Paragraph Form</u> |  | Date: 03.25.2016             |
|---------------------------|--|------------------------------|
| <b>Program Area</b>       | <b>03</b>  | (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP) |
| <b>Paragraph Number</b>   | <b>C0399</b>   |                              |
| <b>Version Number</b>     | <b>00001</b>   |                              |
| <b>Effective Date</b>     | <b>2016</b>  | (YYMMDD)                     |
| <b>Title</b>              | <b>MAGI Individual Transition Medicaid to NY State of Health</b> |                              |
| <b>Comment</b>            |  |                              |
| <b>Reason Code</b>        | <b>W3H</b>   |                              |

This is to inform you that eligibility for Medicaid coverage for the following individuals must now be determined by New York's health plan marketplace, NY State of Health:

|      |               |
|------|---------------|
| Name | Client I.D. # |
| Name | Client I.D. # |
| Name | Client I.D. # |

We will continue Medicaid coverage until \_\_\_\_\_. An account has been created for you in NY State of Health. You will receive a letter from NY State of Health which will include the next steps you will need to take in order to access your account. To avoid a break in coverage, you will need to sign in to your account in NY State of Health between (\_\_\_\_\_) and (\_\_\_\_\_). If you do not receive a letter from NY State of Health before the end of this time, please call 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

If you need help accessing health care coverage through NY State of Health, assistance is available. Navigators and Certified Application Counselors are people trained to help you understand your health coverage options and enroll in a plan.

To learn more about NY State of Health and to find Navigators or Certified Application Counselors in your area, please call 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220) or visit our Web site at <http://www.nystateofhealth.ny.gov/>.

If you are now enrolled in a Medicaid Managed Care plan, you will need to pick a health care plan in NY State of Health.

If you are currently receiving any of the following community-based long-term care services, please call the Unit telephone number listed at the top of this notice immediately:

- Nursing home care, other than short-term rehabilitation
- Nursing home care provided in a hospital
- Hospice in a nursing home
- Managed long-term care in a nursing home
- Adult day health care
- Assisted living program
- Certified home health care, other than short-term rehabilitation

- Hospice in the community
- Managed long-term care in the community
- Personal emergency response services
- Limited licensed home care
- Private duty nursing
- Consumer directed personal assistance program
- Waiver and other services provided through a home and community based waiver program

If Medicaid is paying health insurance premiums for you or other members of your household, these premium payments may continue if they are determined to be cost effective.

This decision is based on Sections 366-a(5) and 366(1)(b) of the Social Services Law.

You may request an Appeal if you disagree with any decision explained in this notice. You have 60 days from the date of this notice to request one. **HOWEVER, YOU MUST REQUEST AN APPEAL BEFORE THE EFFECTIVE DATE ABOVE IF YOU WANT YOUR MEDICAID TO CONTINUE UNCHANGED UNTIL THE APPEAL DECISION.** You may also participate in informal dispute resolution. Participating in informal dispute resolution alone will not result in continuation of benefits and does not meet the 60-day deadline for requesting an Appeal.

## **CONFERENCE AND FAIR HEARING SECTION**

### **If you think we made a mistake**

If you think we made a mistake about your eligibility, you can call us to discuss your concerns. Call NY State of Health at 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

You will find more information on how to ask for an appeal in the “How to Request an Appeal and Additional Information” section below.

### **How to Request an Appeal and Additional Information**

An appeal is your request to NY State of Health to review and change a decision we have made about your eligibility.

### **How and When to Ask for an Appeal**

You can request an appeal by doing one of these things:

- Call us at 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).
- Mail your request to: NY State of Health, PO Box 11729, Albany, NY 12211.
- Fax your request to 1-855-900-5557.

You have 60 calendar days from the date on this notice to ask for an appeal. You will receive a letter from NY State of Health saying that we received your request. We will send you a letter telling you the date and time of your appeal hearing.

**The Appeal Hearing**

The hearing is your chance to explain why you disagree with this decision. A hearing officer will make a decision about your appeal. The hearing officer will not take sides and will not favor you or the New York State Medicaid program. The officer will conduct the hearing by phone. Here is what you need to do before, during, and after the hearing.

**Before the hearing**

- You can ask for Aid to Continue to keep your current coverage while you go through the appeals process. You must ask for this when you ask for an appeal. This means that your current Medicaid coverage will continue until a decision is made about your appeal. We will continue your current Medicaid coverage if you request Aid to Continue within 10 days from the date of this notice OR before the eligibility effective date listed in this notice, whichever is later.
- You can look at the documents used to make a decision about your eligibility.
- You can send us information that might help us understand your appeal.
- You can request specific policy materials to help you decide whether to ask for an appeal or to help you prepare for your appeal hearing.
- We may try to resolve your issues through an informal dispute resolution process.

**During the hearing**

- You can have someone with you during your telephone hearing if you want to. That person can be a friend, relative, lawyer, or other individual. Or you can participate in your hearing on your own.

**After the hearing**

- The outcome of an appeal could change the eligibility of other people on your account even if they do not ask for an appeal.
- If the appeal is not resolved in your favor, you may have to pay back the cost of Medicaid benefits you received while your appeal was being determined.

**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 front of this notice.

**Access to Your Files 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.

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. To ask for documents or to find out how to look at your file, please contact the records access telephone number on page one of this notice.

~\S

Este documento es para informarle que ahora la elegibilidad para la cobertura de Medicaid para las siguientes personas la debe determinar el Mercado de Planes de Salud de Nueva York, NY State of Health:

|      |               |
|------|---------------|
| Name | Client I.D. # |
| Name | Client I.D. # |
| Name | Client I.D. # |

Continuaremos con la cobertura de Medicaid hasta \_\_\_\_\_. Se creo una cuenta para usted en NY State of Health. Recibira una carta de NY State of Health que incluirá los siguientes pasos que debe tomar para tener acceso a su cuenta. Para evitar interrumpir la cobertura, debera iniciar sesion en su cuenta a traves de NY State of Health entre (\_\_\_\_\_) y (\_\_\_\_\_). Si no recibe una carta de NY State of Health antes de que termine este período, llame al 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Si necesita ayuda para acceder a la cobertura de atencion medica a traves de NY State of Health, hay asistencia disponible. Los navegadores y los asesores certificados de solicitudes son personas capacitadas que pueden ayudarlo a comprender sus opciones de cobertura de salud y a inscribirse en un plan.

Para obtener mas informacion acerca de NY State of Health y para buscar navegadores o asesores de solicitudes certificados en su area, llame al 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220) o visite nuestro sitio web en <http://www.nystateofhealth.ny.gov/>.

Si en este momento esta inscrito en un Plan de Atencion Administrada de Medicaid, debe elegir un plan de salud en NY State of Health.

Si recibe actualmente cualquiera de los siguientes servicios de atencion de largo plazo basados en la comunidad, llame de inmediato al numero de telefono de la Unidad que figura en la parte superior de este aviso:

- Atencion en un hogar de ancianos, excepto rehabilitacion a corto plazo
- Atencion en un hogar de ancianos proporcionada en un hospital
- Centro de cuidados paliativos en un hogar de ancianos
- Atencion administrada a largo plazo en un hogar de ancianos
- Atencion medica de dia para adultos
- Programa de vida asistida
- Atencion medica en el hogar certificada, excepto la rehabilitacion a corto plazo

- Centro para cuidados paliativos en la comunidad
- Atención administrada a largo plazo en la comunidad
- Servicios personales de respuesta en caso de emergencias
- Cuidado limitado certificado en el hogar
- Enfermería privada
- Programa de asistencia personal dirigida por el consumidor
- Exención y otros servicios proporcionados a través de un programa de exención comunitario y para el hogar

Si Medicaid le paga las primas del seguro médico a usted y a otros miembros de su grupo familiar, los pagos de estas primas pueden continuar si se determina que son económicas.

Esta decisión se basa en la Sección 366-a(5) y 366(1)(b) de la Ley de Servicios Sociales.

Si no está de acuerdo con la decisión que se explica en este aviso, puede solicitar una apelación. Tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una apelación. **SIN EMBARGO, DEBE SOLICITAR UNA APELACION ANTES DE LA FECHA DE VIGENCIA QUE SE INDICA ARRIBA SI QUIERE QUE SU BENEFICIO DE MEDICAID PERMANEZCA SIN CAMBIOS HASTA LA DECISION DE LA APELACION.** También puede participar en una resolución informal de la disputa. Tan solo la participación en la resolución informal de una disputa no tiene como resultado la continuación de los beneficios y no cumple con el plazo de 60 días para solicitar una apelación.

## **SECCION DE CONFERENCIA Y AUDIENCIA IMPARCIAL**

### **Si usted considera que cometimos un error**

Si usted considera que cometimos un error acerca de su elegibilidad, puede llamarnos para hablar sobre sus inquietudes. Llame a NY State of Health al 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Puede encontrar más información acerca de cómo pedir una apelación en la sección “Cómo solicitar una apelación e información adicional” que se presenta más adelante.

### **Como solicitar una apelación e información adicional**

Una apelación es la solicitud que le hace a NY State of Health para que revise y cambie la decisión que se ha tomado acerca de su elegibilidad.

### **Cuando y como solicitar una apelación**

Puede solicitar una apelación si realiza cualquiera de lo siguiente:

- Si llama al 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).
- Si envía su solicitud por correo postal a: NY State of Health, PO Box 11729, Albany, NY 12211.
- Si envía su solicitud por fax al 1-855-900-5557.

Tiene 60 días calendario a partir de la fecha de este aviso para solicitar una apelación. Recibirá una carta de NY State of Health informándole que recibimos su solicitud. Le enviaremos una carta indicándole la fecha y la hora de su audiencia de apelación.

### **La audiencia de apelación**

La audiencia es su oportunidad para explicar por qué no está de acuerdo con esta decisión. El oficial de la audiencia tomará la decisión sobre su apelación. El oficial de la audiencia será imparcial y no estará ni a favor de usted ni a favor del Programa de Medicaid del estado de Nueva York. El oficial llevará a cabo la audiencia por teléfono. Esto es lo que debe hacer antes, durante y después de la audiencia.

### **Antes de la audiencia**

- Puede solicitar Asistencia para Continuar con el fin de conservar la cobertura actual mientras realiza el proceso de apelación. Esto lo debe solicitar cuando solicite la audiencia. Esto significa que su cobertura de Medicaid actual continuará hasta que se tome una decisión sobre su apelación. Continuaremos con su cobertura actual de Medicaid si solicita Asistencia para Continuar en un plazo de 10 días a partir de la fecha de este aviso O antes de la fecha de vigencia indicada en este aviso, lo que ocurra más tarde.
- Usted puede revisar los documentos que se utilizaron para tomar una decisión acerca de su elegibilidad.
- Puede enviarnos información que pueda ayudarnos a entender su apelación.
- Puede solicitar materiales específicos de la póliza para ayudarlo a decidir si solicita una apelación o para ayudarlo a preparar su audiencia de apelación.
- Podríamos intentar resolver sus problemas a través de un proceso informal de resolución de disputas.

### **Durante la audiencia**

- Puede traer a alguien con usted durante su audiencia telefónica, si así lo desea. Esa persona puede ser un amigo, un familiar, un abogado u otra persona. O usted puede participar solo en su audiencia.

### **Después de la audiencia**

- Los resultados de una apelación podrían cambiar la elegibilidad de otras personas en su cuenta, incluso si no piden una apelación.
- Si la apelación no se resuelve a su favor, podría tener que devolver el costo de los beneficios de Medicaid que recibió mientras se resolvía su apelación.

## **ASISTENCIA LEGAL**

Si necesita asesoría legal gratuita, es posible que pueda obtenerla al comunicarse con la Sociedad de Asistencia Legal (Legal Aid Society) de su localidad o con algún otro grupo de defensoría legal. Puede localizar la Sociedad de Asistencia Legal más cercana o la asociación de defensoría legal en Yellow Pages bajo “Abogados” (“Lawyers”) o puede llamar al número indicado en la primera página de este aviso.

### **Acceso a su expediente y copias de documentos**

Para ayudarlo a prepararse para la audiencia, tiene derecho a ver el expediente de su caso. Si nos llama o escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de su expediente, los que le daremos al oficial de la audiencia en la audiencia imparcial. Además, si llama o nos escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted considere que podría necesitar para prepararse para su audiencia imparcial.

Si desea copias de los documentos del expediente de su caso, pídaselas con anticipación. Estas se le darán dentro de un tiempo razonable, antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán por correo solo si lo solicita específicamente. Para solicitar documentos o para informarse sobre cómo ver su expediente, comuníquese al número de teléfono de acceso a los registros que aparece en la página uno de este aviso.