



DDTerm.NOD.05

뉴욕주 보건부(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)
발달 장애인 사무국(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)
결정 사항 공지
OPWDD 를 통해 제공되는 서비스 종료 및 기타 메디케이드 서비스의 거절

통지 날짜: _____ 조치 효력 개시일:
[통지일로부터 10 일] _____

수령자 이름

수령자의 메디케이드 CIN

TABS ID #

주소, 시, 주, 우편번호

안녕하십니까?

발달 장애인 사무국(Office for People With Developmental Disabilities: OPWDD)은 귀하에게 가정과 지역사회 기반 면제 서비스(Home and Community Based Waiver Services: HCBS) 및 케어앳홈(Care at Home) 서비스, 메디케어 서비스 조정(Medicaid Service Coordination: MSC), 주간 치료(Day Treatment), 제16조 임상 서비스(Article 16 Clinic Services) 또는 정신 지체 및 발달 장애인을 위한 중간 간호시설(ICF/MR) 등을 포함하여 OPWDD를 통해 제공되는 메디케이드 서비스에 대한 자격이 없음을 확인했습니다.

이러한 결정 사항은 정신건강법(Mental Hygiene Law) 제1.03(22)절에 명시된 발달 장애가 귀하에게 없다는 내용을 바탕으로 한 것입니다. 특히 귀하는 다음의 이유를 기준으로 적격 기준에 부합하지 않습니다.

이 모든 프로그램은 프로그램에 대한 자격을 갖추기 위해 발달장애 진단을 받는 것을 조건으로 하고 있습니다[HCBS: 14 NYCRR 635-10.3; CAH: 뉴욕주 사회서비스법(Social Services Law) 366(7); MSC: 14 NYCRR 635-5.2; 주간 치료(Day Treatment): 14 NYCRR 690.5(c); 제16조 임상: 14 NYCRR 679.3(r) 및 ICF/MR: 42 USCA 1396a(a) (31) 및 1396d(15)].

이러한 결정에 따라 다음의 메디케이드 서비스에 대한 귀하의 등록을 결정하고 다음 날짜로부터 유효하며 OPWDD를 통해 제공되는 다른 모든 메디케이드 서비스를 거절합니다.
발효일: _____

뉴욕주 메디케이드 프로그램이 제공하는 다른 서비스의 자격은 발달 장애에 대한 임상적 확인 여부에 영향을 받지 않습니다.

참고: 서비스 종단을 결정 내용을 검토할 때까지 서비스를 계속 유지하시려면 귀하는 본 고지가 있는 후 10일 이내에 공청회를 반드시 요청해야 합니다. 아래의 "일정한 혜택 유지"라는 제목의 섹션을 참조하십시오. 그렇지 않을 경우, 이 고지서의 날짜로부터 60일 이내에 공청회를 요청할 수 있습니다.

귀하는 이 결정에 대해 이의제기를 할 권리를 가집니다.

본 결정이 잘못되었다고 생각하실 경우, 발달 장애국(Developmental Disabilities Services Office: DDSO)과 미팅을 요청하거나, 뉴욕주 임시 및 장애 지원국(Office of Temporary and Disability Assistance: OTDA)의 주 공청회 책임자와의 공청회를 요청하거나 두 가지 모두를 요청하실 수 있습니다. 이 고지서의 나머지 부분을 읽고 컨퍼런스 및/또는 공청회를 요청하는 방법에 대해 알아보십시오.

컨퍼런스에 대한 권리: 이 결정이 잘못되었거나 결정 사항을 이해할 수 없는 경우, 컨퍼런스를 요청할 수 있습니다. 이 방법이 문제를 해결하기 위한 가장 빠른 방법일 수 있습니다. 공청회를 요청했다고 해도 이 방법을 사용할 것을 권장합니다. 컨퍼런스를 원하는 경우, 최대한 빨리 요청해야 합니다.

컨퍼런스를 요청하려면 다음으로 연락 주십시오.

이 번호는 컨퍼런스 요청에만 사용됩니다. **이 방법으로는 공청회를 요청할 수 없습니다.**

컨퍼런스를 요청하실 경우에도 공청회를 할 수 있습니다. 하지만 공청회를 요청하지 않고 컨퍼런스를 요청할 경우, 보조금을 계속 수령할 수 없게 됩니다(일정한 혜택 유지 참조). 공청회 정보는 다음을 읽어 보십시오.

공청회에 대한 권리: 위의 조치가 잘못되었다고 생각할 경우, 주 공청회를 다음 방법으로 요청할 수 있습니다.

- 1) **전화번호:** 주지역 무료 전화번호 800-342-3334로 전화(전화할 때 이 고지 서신 준비) 또는
- 2) **팩스:** 이 고지 서신 사본을 팩스 번호 (518) 473-6735으로 발송 또는
- 3) **온라인:** 다음 웹사이트에서 온라인 신청서 작성 후 발송:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp> 또는
- 4) **서신 발송:** 이 전체 고지서의 모든 페이지 사본을 Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930으로 발송. 참고용으로 사본을 보관해 두십시오.
- 5) **뉴욕시 참여자만 해당:** 또한 Office of Administrative Hearings, of the Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 방문 가능. 이 고지 서신 사본을 지참하십시오.

나는 공정 청문회를 원합니다.

서비스를 원하는 개인의 이름을 정자로 기입:

주소: _____

전화번호: _____

개인의 서명: _____ 날짜: _____

이 고지서 날짜로부터 60일 이내에 공청회를 요청해야 하지만, 중단을 검토할 때까지 서비스를 계속 유지하시려면 본 고지가 있는 후 10일 이내에 공청회를 반드시 요청해야 합니다.

공청회를 요청할 경우, 뉴욕주는 공청회 장소와 시간을 알리는 고지서를 발송할 것입니다. 이 공청회에서 의사결정이 잘못되었다고 생각하는 이유를 설명할 기회를 가질 수 있습니다. 변호사, 친지, 친구 또는 도와줄 사람과 동행할 수 있습니다. 직접 오지 못할 경우, 본인을 대변할 사람을 보낼 수도 있습니다. 공청회에 참석하는 대신 변호사가 아닌 사람을 공청회에 출석시킬 경우, 해당 개인이 공청회에서 자신을 대변할 것임을 공청회 책임자에게 알리는 문서를 제출해야 합니다.

공청회에서 귀하, 귀하의 변호사 또는 기타 대리인은 결정 사항이 잘못되었다고 생각하는 이유를 설명하고 결정이 잘못된 이유를 설명한 문서를 공청회 담당자에게 제출할 기회를 가질 수 있습니다. 여러분을 도와줄 수 있는 증인과 동행해야 합니다. 또한 자신에게 도움이 될 수 있다고 생각하는 모든 문서를 지참해야 합니다. 공청회에서 귀하, 귀하의 변호사, 기타 대리인은 공청회에 참석하는 사람에게 질문을 할 기회를 가집니다.

일정한 혜택 유지: 본 안내서 날짜의 10일 이내 또는 본 안내서 앞면에 표시된 유효일 전 공정 청문회를 요청하는 경우, 귀하의 혜택이 변경되지 않습니다. 이것을 "보조 지속"이라고 합니다.

공정 청문회를 요청하는 경우, 위에 보이는 "나는 공정 청문회를 원합니다" 난에 체크 표시해야 합니다.

법적 지원 무료 법률 지원이 필요한 경우, 가까운 현지 법률 구조 협회 또는 기타 법률 지원 단체에 연락해 그러한 지원을 받을 수 있습니다. 옐로우 페이지, "Lawyers"(변호사들) 난을 확인해 가장 가까운 법률 구조 협회 또는 법률 지원 단체의 소재를 파악할 수 있습니다.

귀하의 파일 및 서류 사본 접근 청문회에 대비할 수 있도록 하고자 귀하는 사례 파일을 열람할 수 있는 권리를 갖습니다. 귀하가 전화 또는 서면상으로 요청하는 경우, 공정 청문회의 청문관에게 제시될 귀하의 파일에서 서류 사본이 무료로 제공될 것입니다. 또한 저희에게 전화하거나 서면으로 의견을 전달하는 경우, 저희는 귀하의 공정 청문회 준비에 필요할 것으로 여겨지는 귀하의 파일에서 기타 서류 사본을 무료로 제공할 것입니다.

귀하의 사례 파일에서 서류 사본이 필요하다면, 미리 요청하셔야 합니다. 사본은 귀하에게 청문회 날짜 전 적당한 기간 내에 제공될 것입니다. 서류는 특별히 우편 배송을 요청하는 경우에만 우편으로 전달될 것입니다.

서류를 요청하거나 파일 열람 방식을 알아보시려면 다음으로 문의해 주십시오.

결정 사항 공지
발달 장애인 사무국
OPWDD 제공 서비스 종료 및 OPWDD 을 통해 제공된 기타 모든 메디케이드 서비스 거부

정보: 귀하의 사례, 공정 청문회 요청 방법, 파일 열람 방법 또는 추가 서류 복사본 획득 방법에 대한 더욱 자세한 정보를 원하시면, **다음으로 문의해 주십시오.**

감사합니다.

뉴욕주 발달 장애인 사무국

c: 옹호자/부모

서비스 코디네이터

TABS DDSO 입력

메디케이드 서비스 제공업체 지방 세입 지원 현장 사무국

현지 사회 복지 지구 사무국(재정 의무가 있는 지구)

DDSO HCBS 면제 코디네이터

DDSO MSC 코디네이터

정신 위생 법률 서비스(장애가 아닌 모든 종료의 경우)