



DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK  
OFICINA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

**NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN**  
**REVOCACIÓN DE SERVICIOS y DENEGACIÓN DE TODOS LOS OTROS**  
**SERVICIOS DE MEDICAID PROPORCIONADOS A TRAVÉS DE LA OPWDD**

Fecha de entrada en vigencia:

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_ [10 días de la fecha de la notificación] \_\_\_\_\_

Nombre del destinatario

Medicaid CIN del destinatario

N.º TABS

Calle, Ciudad, Estado, Código Postal

Estimado(a)

La Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) ha determinado que usted **no es elegible** para los servicios de Medicaid proporcionados a través de la OPWDD y que incluyen los Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) y servicios de Cuidados en el hogar (Care at Home, CAH), Medicaid Service Coordination (MSC), Tratamiento diario, Servicios de Clínicas del Artículo 16 o Centro de cuidado intermedio (Intermediate Care Facility, ICF) para personas con retraso mental y discapacidades del desarrollo.

**Esta determinación se basa en nuestra determinación clínica de que usted no tiene una discapacidad del desarrollo de acuerdo a como se define en la Ley de Higiene Mental, sección 1.03 (22). En concreto, usted no cumple con los criterios de elegibilidad en base a las siguientes razones:**

Todos estos programas requieren que el solicitante tenga un diagnóstico de una discapacidad del desarrollo para ser elegible para el programa [HCBS: 14 NYCRR 635-10.3; CAH: Ley de Servicios Sociales del estado de NY 366(7); MSC: 14 NYCRR 635-5.2; Tratamiento diario: 14 NYCRR 690.5(c); Clínica del Artículo 16: 14 NYCRR 679.3(r); e ICF/MR: 42 USCA 1396a(a) (31) y 1396d(15)].

Como resultado de esta determinación, le ponemos fin a su inscripción en los siguientes servicios de Medicaid y le negamos la inscripción en los todos los otros servicios de Medicaid proporcionados a través de la OPWDD a partir de: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que su elegibilidad para otros servicios proporcionados por el Programa de Medicaid del Estado de Nueva York puede no verse afectada por la determinación clínica de que usted no tiene una discapacidad del desarrollo.

**NOTA: si desea continuar de forma ininterrumpida con los servicios hasta que se revise nuestra determinación, debe solicitar una audiencia dentro de los 10 días desde que recibió esta notificación. Consulte la sección a continuación titulada "Mantener sus beneficios del mismo modo". De lo contrario, tiene 60 días a partir de la fecha de esta notificación para solicitar una audiencia.**

## NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN

Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo

Revocación de Servicios y Denegación de todos los otros Servicios de Medicaid Proporcionados a través de la OPWDD

### TIENE DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN

Si considera que esta decisión no es correcta, puede solicitar una conferencia (reunión) con la Oficina de Servicios para Discapacidades del Desarrollo (DDSO), pedir una audiencia estatal con un funcionario a cargo de la audiencia de la Oficina de Asistencia Temporal y para la Discapacidad del Estado de Nueva York (NYS OTDA), o solicitar ambas. Lea el resto de esta notificación para averiguar cómo solicitar una conferencia o una audiencia.

**DERECHO A UNA CONFERENCIA:** Si considera que esta decisión fue incorrecta o no la comprende, puede solicitar una conferencia. Algunas veces es la forma más rápida de solucionar los problemas. Le recomendamos que la solicite, incluso si ya solicitó una audiencia. Si desea tener una conferencia, debe solicitarla lo más rápido que sea posible.

Para solicitar una conferencia, llame al:

Este número se usa solo para solicitar conferencias. **No debe llamar allí para solicitar una audiencia.**

Si solicita una conferencia, aún tiene derecho a solicitar una audiencia. Sin embargo, si solicita una conferencia y no solicita una audiencia, no recibirá continuidad de asistencia (vea Mantener sus beneficios del mismo modo). Lea a continuación si desea obtener información sobre audiencias.

**DERECHO A UNA AUDIENCIA:** Si cree que la acción anterior es incorrecta, puede solicitar una audiencia estatal a través de los siguientes medios:

- 1) **Teléfono:** puede llamar a la línea gratuita estatal: 800-342-3334 (TENGA ESTA NOTIFICACIÓN A MANO CUANDO REALICE LA LLAMADA); **O**
- 2) **Fax:** envíe una copia de esta notificación al número de fax (518) 473-6735; **O**
- 3) **En línea:** llene y envíe la solicitud en línea en: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>; **O**
- 4) **Correo:** envíe una copia de todas las páginas de esta notificación **llena** a la Sección de Audiencias de la Oficina de Asistencia Temporal y para la Discapacidad del Estado de Nueva York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance): P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. Guarde una copia para usted.
- 5) **SOLO para participantes de la ciudad de Nueva York:** También puede visitar la Oficina de Audiencias Administrativas de la Oficina de Asistencia Temporal y para la Discapacidad en 14 Boerum Place, Brooklyn, New York. Lleve una copia de esta notificación.

Quiero una audiencia.

Nombre en letra imprenta de la persona que solicita los servicios: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma de la persona: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN

Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo

Revocación de Servicios y Denegación de todos los otros Servicios de Medicaid Proporcionados a través de la OPWDD

**TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA, pero si desea que sus servicios continúen de forma ininterrumpida hasta que se revise nuestra determinación, debe solicitar una audiencia dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta notificación.**

Si solicita una audiencia, el estado le enviará una notificación con información sobre cuándo y dónde se realizará esa audiencia. En la audiencia, tendrá la posibilidad de explicar por qué considera que la decisión es incorrecta. Puede venir con su abogado, un pariente, un amigo o alguien más que lo ayude a hacer esto. Si no puede asistir, puede enviar a alguien para que lo represente. Si envía a la audiencia a alguien que no es un abogado en lugar de asistir usted mismo, debe entregarle a esa persona una carta que le demuestre al funcionario a cargo de la audiencia que usted desea que esa persona lo represente en la audiencia.

En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de explicar por qué la decisión es incorrecta y de darle al funcionario a cargo de la audiencia papeles por escrito que respalden su argumento. Debe traer a la audiencia a cualquier testigo que pueda ayudarlo. También debe traer todos los papeles que tenga que considere que pueden ser útiles. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la posibilidad de hacer preguntas a cualquier persona que asista a la audiencia.

**MANTENER SUS BENEFICIOS DEL MISMO MODO: No cambiaremos sus beneficios si solicita una audiencia dentro de los 10 días de la fecha de esta notificación o antes de la fecha de entrada en vigencia indicada en el frente de esta notificación.** Esto se denomina "continuidad de asistencia".

Si escribe para solicitar una audiencia, debe marcar la casilla "Quiero una audiencia" que aparece más arriba.

**ASISTENCIA LEGAL:** Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtenerla si se comunica con la Sociedad de Asistencia Legal (Legal Aid Society) local u otro grupo de defensores legales. Puede encontrar la Sociedad de Asistencia Legal o grupo de defensores legales más cercanos si consulta las Páginas Amarillas en la sección "Abogados" (Lawyers).

**ACCESO A SU EXPEDIENTE Y COPIAS DE DOCUMENTOS:** Para ayudarlo a prepararse para la audiencia, tiene derecho a ver su expediente del caso. Si nos llama o nos escribe, le daremos copias gratuitas de los documentos del expediente que le daremos al funcionario a cargo de la audiencia en la audiencia. Además, si nos llama o nos escribe, le daremos copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted considere que puede necesitar para prepararse para la audiencia.

Si desea copias de los documentos de su expediente del caso, debe solicitarlos con anticipación. Se le brindarán con un tiempo razonable antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo si usted solicita específicamente que así sea.

Para solicitar los documentos o averiguar cómo consultar su expediente, comuníquese con:

## **NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN**

**Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo**

**Revocación de Servicios y Denegación de todos los otros Servicios de Medicaid Proporcionados a través de la OPWDD**

**INFORMACIÓN:** Si desea obtener más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia, cómo consultar su expediente o cómo obtener copias adicionales de los documentos, **comuníquese con:**

Atentamente.

---

Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo del Estado de Nueva York (New York State Office For People With Developmental Disabilities)

copia a: Defensor/padre o madre

Coordinador de servicios

Entrada de TABS en DDSO

Proveedor de servicios de Medicaid, Oficina local de asistencia de ingresos

Oficina de distrito de Servicios Sociales locales (distrito con responsabilidad fiscal)

Coordinador de HCBS Waiver de DDSO

Coordinador de MSC de DDSO

Servicios Legales sobre Higiene Mental (para todas las revocaciones además de las provisionales)