

DDTerm.NOD.05

紐約州衛生署 (NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)  
 發育障礙人士辦公室 (OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

### 裁決通知書

## 終止服務並駁回其他所有透過發育障礙人士辦公室所提供之醫療補助服務

通知日期： \_\_\_\_\_ 行動生效日期：  
 [自通知日期起 10 天] \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 收件人姓名

 \_\_\_\_\_  
 收件人的醫療補助客戶身份號碼 (Medicaid CIN)

 \_\_\_\_\_  
 追蹤計費系統 (TABS) ID #

 \_\_\_\_\_  
 住址，城市，州，郵遞區號

敬愛的

發育障礙人士辦公室 (OPWDD) 已經判決您**不具資格**接受透過發育障礙人士辦公室所提供的醫療補助服務，包括家庭與社區式豁免服務 (HCBS) 和居家護理服務 (CAH)、醫療補助服務協調 (MSC)、日托照顧、第 16 條規定的診所服務或為心智及發育障礙人士所提供之中級護理機構 (ICF/MR)。

此項裁決係根據本機構之臨床判定，認為您並無心理衛生法第 1.03 節 (22) 所定義之發育障礙。具體來說，基於下列理由，您並不符合資格標準：

所有的計劃都規定申請人須被診斷為患有發育障礙才有資格參加 [家庭與社區式豁免服務：14 紐約州法典與法規彙編 (NYCRR) 635-10.3；居家護理服務：紐約州社會服務法 366(7)；醫療補助服務協調：14 NYCRR 635-5.2；日托照顧：14 NYCRR 690.5(c)；第 16 條之診所：14 NYCRR 679.3(r)；以及為心智及發育障礙人士所提供之中級護理機構：42 美國法典註註 (USCA) 1396a(a) (31) 和 1396d(15)]。

由於此項判定，本機構終止您參加下列醫療補助服務並駁回您參加其他所有透過發育障礙人士辦公室所提供之醫療補助服務，生效日期： \_\_\_\_\_

請注意，臨床判定您無發育障礙並不會影響您獲得由紐約醫療補助計劃 (New York State Medicaid Program) 所提供之其他服務的資格。

註：若您希望服務不致中斷直到裁決獲得重審，您必須在本通知書發出 **10 日之內**申請舉行公平聽證會。請見下方題為「維持您的相同福利」部分。否則，在本通知書發出後，您有 **60 天**時間申請舉行公平聽證會。

裁決通知書

發育障礙人士辦公室

終止服務並駁回其他所有透過發育障礙人士辦公室所提供之醫療補助服務

---

**您有權利對本裁決提出上訴**

若您認為此項裁決錯誤，可以要求與發育障礙服務辦事處 (DDSO) 舉行會議、要求由來自紐約州臨時救濟及殘障援助辦公室 (NYS OTDA) 的州聽證官舉行州級公平聽證會，或要求兩者。請閱讀本通知書其他部分以瞭解如何申請舉行會議和 / 或公平聽證會。

**舉行會議的權利：**若您認為此項裁決錯誤或不明白此項裁決，可以要求舉行會議。有時候這是最快速的方式來解決您可能面臨的任何問題。即使您已經請求舉行公平聽證會，我們仍然鼓勵您要求舉行會議。若您希望舉行會議，應該盡快提出要求。

欲申請舉行會議，請致電：

該電話號碼僅用於要求舉行會議。**這並非您申請公平聽證會的途徑。**

若您要求舉行會議，您仍然有權申請公平聽證會。不過，若您要求舉行會議而未申請公平聽證會，您將不會繼續得到援助 (請見維持您的相同福利)。請閱讀下方關於公平聽證會的資訊。

**舉行公平聽證會的權利：**若您認為上述行動有誤，可以經由以下方式申請州級公平聽證會：

- 1) **電話：**您可以致電州內免費電話：800-342-3334 (打電話時請備妥此份通知書)；**或**
- 2) **傳真：**將本通知書傳真至 (518) 473-6735；**或**
- 3) **上網：**填寫網上申請表並傳送至：<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>；**或**
- 4) **寫信：**請填妥本通知書並將包括全部頁面的整份通知書寄至：Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930。請留存一份副本。
- 5) **僅限紐約市參與者：**您可以自行前往臨時救濟及殘障援助辦公室 (Office of Temporary & Disability Assistance) 的行政聽證辦公室 (Office of Administrative Hearings)，地址為：14 Boerum Place, Brooklyn, New York。請攜帶此份通知書。

我要舉行公平聽證會。

以正楷書寫尋求服務者的姓名：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

當事人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

從本通知書發出之日起，您有 **60** 天時間申請舉行公平聽證會，不過，若您希望服務不致中斷直到裁決獲得重審，您必須在本通知書發出 **10** 天之內申請舉行公平聽證會。

若您申請舉行公平聽證會，本州會寄給您一份通知，告知公平聽證會舉行的時間和地點。在聽證會上，您將有機會說明您認為裁決錯誤的理由。您可以帶律師、親戚、朋友或其他人來幫助您處理。若您無法親自前往，可以請人代表您出席。若您自己無法出席聽證會，而您所委託的人士並非律師，您必須交給該位人士一封向聽證官出示的信函，表示您希望由其代表您出席聽證會。

在聽證會上，您、您的律師或其他代表人將有機會解釋裁決為何錯誤，並將書面文件交予聽證官以說明裁決錯誤的理由。您應該攜帶能幫助您的任何證人同行。您還應該攜帶可能對您有幫助的任何文件。在聽證會上，您的律師或其他代表人將有機會對出現於聽證會上的任何人提出問題。

**維持您的相同福利：我們不會更動您的福利，只要您要求舉行公平聽證會是在本通知書發出後 10 天之內或在本通知書首頁所顯示的生效日期之前。**這就是所謂的「援助延續」。

若您是在寫信申請公平聽證會，必須勾選上方所示的「我要舉行公平聽證會」。

**法律援助：**若您需要免費的法律援助，聯絡您當地的法律援助協會或其他法律維權團體，或許可以得到此類援助。您可以查閱電話簿內的「律師」類別以找到最鄰近的法律援助協會或維權團體。

**取得您的檔案和文件副本：**為了幫助您準備妥當以出席聽證會，您有權利查閱自己的案件檔案。若您致電或寫信給我們，我們將把您的檔案內會在公平聽證會上提交予聽證官的文件，都免費提供給您一份。而且，若您致電或寫信給我們，您認為準備公平聽證會可能需要的檔案內其他文件，我們也將免費提供。

若您希望取得案件檔案內的文件副本，應該提早提出要求。它們將在聽證會日期之前的合理時間內提供予您。唯有您特別要求郵寄，才會將文件郵寄給您。

欲索取文件或瞭解如何查閱您的檔案，請聯絡：

裁決通知書

發育障礙人士辦公室

終止服務並駁回其他所有透過發育障礙人士辦公室所提供之醫療補助服務

---

**重要資訊：**若您想要取得關於自身案件的更多資訊、如何申請舉行公平聽證會、如何查閱您的檔案、或如何取得更多文件副本，請**聯絡：**

謹此，

---

紐約州發育障礙人士辦公室

抄送：權益代言人 / 家長

服務協調員

發育障礙服務辦事處追蹤計費系統輸入

醫療補助服務提供者當地收入援助地方分處

當地社會服務地區辦事處 (財務責任區)

發育障礙服務辦事處家庭與社區式服務豁免計劃協調員

發育障礙服務辦事處醫療補助服務協調員

心理衛生法律服務 (針對所有非暫時性終止服務)