

DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLO STATO DI NEW YORK
OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES

NOTIFICA DI DECISIONE

**RIGETTO DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE al PROGRAMMA
MEDICAID HOME AND COMMUNITY BASED SERVICES (HCBS) erogato
dall'OPWDD**

Data della notifica: _____

N. identificativo Medicaid del richiedente

Nome del richiedente

N. ID TABS

Indirizzo, città, stato, CAP

Gentile

La sua domanda di partecipazione al programma assistenziale socio-sanitario Home and Community Based Services (HCBS) dell'OPWDD è stata **RESPINTA**. La domanda è stata respinta per i motivi che seguono:

La legge che ci consente di agire in tal senso è la legge sulla previdenza sociale (Social Security Act), Articolo 1915c.

Si fa notare che il rigetto della sua domanda di partecipazione al programma HCBS dell'OPWDD *non necessariamente* pregiudica la sua idoneità ai fini di altri servizi forniti dal programma Medicaid dello Stato di New York.

HA DIRITTO AD APPELLARSI CONTRO QUESTA DECISIONE

Se ritiene che la decisione sia sbagliata, può richiedere un consulto (incontro) con l'Ufficio servizi per persone con handicap psico-fisico (Developmental Disabilities Services Office, DDSO), chiedere un esame equo del suo caso a livello statale con un funzionario dell'Ufficio assistenza temporanea e invalidità (Office of Temporary and Disability Assistance - OTDA) dello Stato di New York, o entrambe le opzioni. Le informazioni su come richiedere il consulto e/o l'esame del suo caso sono riportate nella parte restante del documento.

DIRITTO AL CONSULTO: se ritiene sbagliata o incomprensibile questa decisione, è sua facoltà richiedere un consulto. Talvolta, questo è il sistema più rapido per risolvere la questione. La invitiamo a optare per questa scelta anche laddove abbia richiesto un esame equo del suo caso. Se desidera un consulto, la invitiamo a formulare la sua richiesta con la massima sollecitudine.

NOTIFICA DI DECISIONE

Office For People With Developmental Disabilities

Rifiuto della domanda di partecipazione al programma Medicaid HCBS erogato dall'OPWDD

Può richiedere un consulto chiamando:

Questo numero è riservato alla richiesta dei consulti. **Non è la modalità per la richiesta dell'esame del proprio caso.** La richiesta del consulto le dà comunque diritto a richiedere anche l'esame equo del suo caso. Le informazioni per la richiesta dell'esame equo del caso sono riportate sotto.

DIRITTO ALL'ESAME EQUO DEL PROPRIO CASO: se ritiene che la decisione presa sia sbagliata, può richiedere un esame equo del suo caso a livello statale attraverso una delle seguenti modalità:

- 1) **Telefono:** può chiamare il numero verde valido a livello statale: 800-342-3334 (TENGA A PORTATA DI MANO QUESTA NOTIFICA DURANTE LA TELEFONATA); **OPPURE**
- 2) **Fax:** invii una copia di questa notifica **compilata** al numero di fax (518) 473-6735; **OPPURE**
- 3) **Online:** compili e invii il modulo della richiesta online a:
<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **OPPURE**
- 4) **Per posta:** invii una copia di tutte le pagine di questa notifica **compilata** alla Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. Conservare una copia della notifica.
- 5) **RISERVATO ai partecipanti della città di New York:** può anche presentarsi direttamente presso l'Office of Administrative Hearings, Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY. Porti con sé una copia di questa notifica.

Richiedo un esame equo del mio caso

Nome in stampatello della persona che richiede i servizi: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Firma della persona: _____ Data: _____

HA 60 GIORNI DALLA DATA DELLA PRESENTE NOTIFICA PER RICHIEDERE UN ESAME EQUO DEL SUO CASO

Se richiede un esame del suo caso, lo Stato le invierà una notifica specificando la data e il luogo del suo svolgimento. Durante l'esame, avrà la possibilità di spiegare perché ritiene sbagliata la decisione. Può farsi accompagnare da un avvocato, un parente, un amico o altre persone che la possano assistere. Se non può presentarsi personalmente, può farsi rappresentare da un'altra persona. Nel caso in cui inviasse in sua vece un'altra persona che non sia un avvocato, dovrà dare a tale persona una lettera in cui spiega al funzionario preposto le sue intenzioni di farsi rappresentare da terzi.

NOTIFICA DI DECISIONE

Office For People With Developmental Disabilities

Rifiuto della domanda di partecipazione al programma Medicaid HCBS erogato dall'OPWDD

Durante l'esame, il suo avvocato o altro rappresentante avranno la possibilità di spiegare perché la decisione è sbagliata e di consegnare al funzionario documenti scritti esplicativi delle loro argomentazioni. La invitiamo a portare dei testimoni che possano aiutarla. Porti anche eventuali documenti che ritiene possano essere d'aiuto al suo caso. Durante l'esame del caso, lei, il suo avvocato o un altro rappresentante potrete porre delle domande a tutte le persone presenti.

ASSISTENZA LEGALE: se necessita di un'assistenza legale gratuita, può contattare gli enti di assistenza legale locali (Legal Aid Society) o altro gruppo di consulenza legale. Può trovare gli indirizzi delle sedi più vicine a lei nelle Pagine Gialle alla voce "Avvocati".

ACCEDERE ALLA PROPRIA PRATICA - COPIE DEI DOCUMENTI: per consentirle di presentarsi all'esame preparato, ha diritto a esaminare la sua pratica personale. Contattandoci telefonicamente o per iscritto, potrà avere delle copie gratuite dei documenti della pratica che daremo al funzionario preposto all'esame del suo caso così come copie gratuite di altri documenti della sua pratica che ritiene necessari per prepararsi.

La richiesta delle copie dei documenti della sua pratica deve essere effettuata con sufficiente anticipo. Le saranno forniti in tempi ragionevoli prima della data dell'esame. I documenti le saranno spediti solo su specifica richiesta.

Per richiedere i documenti o sapere come esaminare la sua pratica, può contattare:

INFORMAZIONI: se desidera maggiori informazioni sul suo caso, su come richiedere l'esame del caso, come visionare la sua pratica o acquisire copie aggiuntive dei documenti, **può contattare:**

Cordialmente,

Ufficio per persone affette da handicap psico-fisico dello Stato di New York (Office For People With Developmental Disabilities - OPWDD)

copia: Assistente/Genitore

Coordinatore servizi

programma DDSO

Inserimento dati Tabs

Ufficio distrettuale servizi sociali locale (distretto con responsabilità fiscale)

Ufficio distrettuale servizi sociali locale nella contea di residenza (se diverso dal distretto sopra)

Ufficio locale di assistenza finanziaria e fiscale (Revenue Support Field Office - RSFO)

Contea