

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК
(NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)
УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)**

УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ

**ОТКАЗ В УЧАСТИИ В АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
УСЛУГ НА ДОМУ И ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (HCBS WAIVER)
УПРАВЛЕНИЯ OPWDD В РАМКАХ ПРОГРАММЫ MEDICAID**

Дата уведомления: _____

Идентификационный номер (CIN)
получателя в программе Medicaid

Имя и фамилия заявителя

Идентификационный номер TABS

Адрес, город, штат, почтовый индекс

Уважаемый(-ая) _____ !

Ваше заявление на участие в альтернативной программе предоставления услуг на дому и по месту жительства (HCBS Waiver) управления OPWDD ОТКЛОНЕНО. Ваше заявление на участие в программе отклонено по следующим причинам:

Данное решение принято на основании законодательства: раздел 1915с Закона о социальном обеспечении (Social Security Act).

Обратите внимание, что данное решение об отклонении вашего заявления на участие в программе HCBS Waiver управлением OPWDD *не* влияет на ваше право получать другие услуги в рамках программы Medicaid штата Нью-Йорк.

У ВАС ЕСТЬ ПРАВО ОПОТЕСТОВАТЬ ДАННОЕ РЕШЕНИЕ

Если вы считаете, что данное решение является ошибочным, вы можете подать заявление на проведение согласительной процедуры (совещания) с Отделом предоставления услуг лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития (Developmental Disabilities Services Office, DDSO) района _____, потребовать проведения беспристрастного слушания с участием должностного лица из Управления штата Нью-Йорк по вопросам предоставления

УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ

Управление по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития

Отказ в участии в программе HCBS Waiver управления OPWDD в рамках программы Medicaid

временной помощи и помощи по нетрудоспособности (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, NYS OTDA) либо подать запрос на проведение обеих процедур. Прочитайте текст данного уведомления полностью, чтобы узнать о том, как подать запрос на проведение согласительной процедуры и/или беспристрастного слушания.

ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ СОГЛАСИТЕЛЬНОЙ ПРОЦЕДУРЫ. Если вы считаете, что данное решение является ошибочным или не понимаете данное решение, вы можете подать запрос на проведение согласительной процедуры. В ряде случаев это самый быстрый способ решения любых возможных проблем. Рекомендуется подать запрос на проведение согласительной процедуры, даже если вы потребовали проведения беспристрастного слушания. Если вы намерены обратиться к согласительной процедуре, необходимо в кратчайшие сроки подать запрос на ее проведение.

УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ

Управление по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития

Отказ в участии в программе HCBS Waiver управления OPWDD в рамках программы Medicaid

Чтобы подать запрос на проведение согласительной процедуры, позвоните по телефону: Данный номер предназначен исключительно для подачи запроса на проведение согласительной процедуры. **По нему не следует обращаться с просьбой о проведении беспристрастного слушания.** Если вы подали запрос на проведение согласительной процедуры, вы все равно имеете право на проведение беспристрастного слушания. Ниже представлена информация о проведении беспристрастного слушания.

ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ. Если вы считаете, что указанное выше решение является ошибочным, вы можете подать запрос на проведение беспристрастного слушания в суде штата следующими способами:

- 1) **по телефону:** вы можете позвонить по бесплатному на территории штата номеру телефона 800-342-3334 (ВО ВРЕМЯ ЗВОНКА НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ ПРИ СЕБЕ ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ); **ИЛИ**
- 2) **по факсу:** отправьте копию данного уведомления на номер (518) 473-6735; **ИЛИ**
- 3) **в сети Интернет:** заполните и отправьте электронную форму на странице по адресу <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; **ИЛИ**
- 4) **по почте:** отправьте все страницы данного **заполненного** уведомления по адресу: Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201-1930. Сохраните копию данного документа в своем архиве.
- 5) **ТОЛЬКО для участников, проживающих в Нью-Йорке:** вы можете подать документы лично в отдел слушаний по административным делам (Office of Administrative Hearings) Управления по вопросам предоставления временной помощи и помощи по нетрудоспособности по адресу: Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, NY. При себе необходимо иметь копию данного уведомления.

Я прошу провести беспристрастное слушание.

Имя и фамилия лица, запрашивающего

оказание услуг (печатными буквами): _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Подпись лица: _____ Дата: _____

ДЛЯ ПОДАЧИ ЗАПРОСА НА ПРОВЕДЕНИЕ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ У ВАС ЕСТЬ 60 ДНЕЙ С ДАТЫ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Если вы подаете запрос на проведение беспристрастного слушания, штат отправит вам уведомление, в котором будет указано, в какое время и где состоится беспристрастное слушание. Во время слушания вам будет предоставлена возможность объяснить, почему вы считаете данное решение ошибочным. Вы можете прийти со своим адвокатом, родственником, другом или другим лицом, представляющим ваши интересы.

Страница 3 из 5 Полноценная жизнь для людей, имеющих инвалидность вследствие пороков развития.

Редакция: 20 сентября 2011 г.

УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ

Управление по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития

Отказ в участии в программе HCBS Waiver управления OPWDD в рамках программы Medicaid

Если вы не можете присутствовать лично, вы можете отправить на слушание своего представителя. Если вы отправляете на слушание вместо себя лицо, не являющееся адвокатом, вы должны выдать данному лицу письмо, которое будет предъявлено должностному лицу, проводящему слушание, и в котором будет указано, что данное лицо является вашим представителем.

Во время слушания вы, ваш адвокат или другой представитель будете иметь возможность объяснить, почему вы считаете решение ошибочным, а также передать должностному лицу, проводящему слушание, документы, свидетельствующие о том, что решение является ошибочным. Вы можете привести свидетеля, который может вам помочь. Вы также должны иметь при себе документы, которые, как вы считаете, могут свидетельствовать в вашу пользу. Во время слушания вы, ваш адвокат или другой представитель можете задавать вопросы любым лицам, участвующим в процедуре слушания.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ. Если вам нужна бесплатная юридическая помощь, вы сможете получить данную помощь, позвонив в местное отделение Общества юридической помощи (Legal Aid Society) или в другую организацию, предоставляющую юридические услуги. Вы можете найти ближайшее отделение Общества юридической помощи или другой организации, предоставляющей юридическую помощь, в справочнике «Желтые страницы» в разделе «Юристы».

ДОСТУП К АРХИВУ И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ. Чтобы подготовиться к слушанию, у вас есть право ознакомиться с архивом документов по вашему делу. Если вы позвоните или напишете нам, мы предоставим бесплатные копии документов из архива по вашему делу, которые будут представлены должностному лицу, проводящему слушание. Также если вы позвоните или напишете нам, мы предоставим бесплатные копии других документов из вашего архива, которые, по вашему мнению, могут вам понадобиться для подготовки к слушанию.

Если вы желаете получить копии документов по вашему делу, запрос необходимо подать заранее. Они будут предоставлены вам в разумные сроки до даты проведения слушания. Документы будут отправлены вам по почте, только если вы специально об этом попросите.

Для того чтобы подать запрос на получение документов или узнать, как ознакомиться с архивом, свяжитесь с:

УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ

Управление по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития

Отказ в участии в программе HCBS Waiver управления OPWDD в рамках программы Medicaid

ИНФОРМАЦИЯ. Если вам необходима дополнительная информация по вашему делу, информация о том, как подать запрос на проведение беспристрастного слушания, как ознакомиться с архивом или о том, как получить дополнительные копии документов, **свяжитесь с:**

С уважением,

Управление штата Нью-Йорк по делам лиц, имеющих инвалидность вследствие пороков развития

Копия: Адвокат/родитель

Координатор программы HCBS Waiver DDSO Запись TABS

Местное окружное отделение социального обеспечения (округ, имеющий финансовую ответственность)

Отделение LDSS в округе проживания (если отличается от округа, указанного выше)

Местный отдел финансового обеспечения (RSFO)

Округ