

TERM NOD.08

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

NOTIFICA DI DECISIONE
CESSAZIONE DEI PAGAMENTI MEDICAID per i LIVELLI DI
PRESTAZIONE ICF/MR

Data di entrata in vigore della decisione:

Data della notifica: _____ [10 giorni dalla data della notifica] _____

 Nome del destinatario

 N. identificativo Medicaid del destinatario

 N. ID TABS

 Indirizzo, città, stato, CAP

Gentile

L'Ufficio per persone affette da handicap psico-fisico (Office For People With Developmental Disabilities - OPWDD) ha accertato che lei non ha più i requisiti per usufruire dei livelli di prestazione forniti nelle strutture assistenziali per persone affette da ritardo mentale e handicap psico-fisico ICF/MR (Intermediate Care Facility for persons with Mental Retardation and Developmental Disabilities). Questa decisione si basa su una recente revisione di utilizzo indipendente e su una revisione di seconda fase delle sue necessità continuate di servizi ICF/MR.

Conformemente ai regolamenti federali 42 CFR 456.358-456.438 e 42 CFR 483.440(b)(1), il Comitato per la revisione dell'utilizzo dei servizi ha accertato che lei:

In conseguenza a tale decisione, i pagamenti Medicaid verranno interrotti per le sue cure presso

Data interruzione: _____

NOTA: se desidera che i suoi servizi continuino a essere erogati senza interruzioni sino al riesame della nostra decisione, dovrà richiedere un esame equo del suo caso entro 10 giorni dalla presente notifica (si veda al riguardo la sezione sotto dal titolo "Mantenimento dei benefici").

HA DIRITTO AD APPELLARSI CONTRO QUESTA DECISIONE

Se ritiene che la decisione sia sbagliata, può richiedere un consulto (incontro) con la Divisione Gestione Qualità (Division of Quality Management - DQM) (518-474-3625), 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.

Per richiedere un consulto può chiamare:

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. Tuttavia, se chiede un consulto senza richiedere l'esame equo del suo caso, non riceverà gli aiuti in maniera continuata (v. Mantenimento dei benefici). 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 al numero di fax (518) 473-6735; **OPPURE**
- 3) **Online:** compili e invii il modulo della richiesta online a:
<http://www.otda.state.ny.us/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, New York o 330 West 34th Street, 3rd Floor, NY, 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 inviassi 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.

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.

MANTENIMENTO DEI BENEFICI: non apporteremo alcuna modifica ai benefici da lei ricevuti laddove richieda l'esame del suo caso entro 10 giorni dalla data della presente notifica o prima della data di entrata in vigore riportata sul lato anteriore della presente notifica. I servizi continueranno a essere erogati senza interruzione.

Se richiede un esame del suo caso, deve barrare la casella "Richiedo un esame equo del mio caso" qui sopra.

ASSISTENZA LEGALE: se necessita di 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:

