

Aviso de determinación de negación de la inscripción en el New York State Health Home Program (Programa Health Home del estado de Nueva York)

Fecha del aviso _____ Número CIN _____

Fecha de entrada en vigencia _____

Health Home

Nombre Brooklyn Health Home

Dirección 4802 10th Avenue, Brooklyn, NY 11219

Número de teléfono general para preguntas o ayuda 800-356-7480

Afiliado

Nombre _____

Padre/madre, tutor legal, representante legal autorizado, si corresponde _____

Dirección _____

Le informamos que a partir del _____ esta agencia _____ tiene
Fecha Nombre de agencia de Health Home
denegada su inscripción en el Programa Health Home.

Usted no reúne los requisitos necesarios para inscribirse en el programa Health Home debido a los siguientes motivos:

- No cumple con los criterios de elegibilidad de Health Home para una afección crónica. Usted debe tener:
- dos o más afecciones crónicas o
 - una sola afección que califique (consulte la lista de afecciones únicas que califican en el archivo adjunto A).
- No tiene el tipo de cobertura de Medicaid adecuado para los Servicios de Health Home.
- No necesita los Servicios de administración de atención de Health Home porque no cumple con los criterios de adecuación que siguen (marcar todos los que correspondan):
- Actualmente no corre el riesgo de sufrir un evento adverso (por ejemplo, muerte, discapacidad, ingreso en un hospital o en un hogar de ancianos, servicios preventivos obligatorios o colocación fuera del hogar).
 - Actualmente cuenta con apoyo social/familiar/de vivienda adecuado.
 - Actualmente no hay cambios importantes en las relaciones familiares.
 - Actualmente cuenta con una buena conexión con el sistema de salud.
 - Actualmente sigue los tratamientos.
 - Actualmente no tiene problemas para administrar sus medicamentos.
 - Actualmente no tiene impedimentos en las actividades de la vida diaria, el aprendizaje o problemas cognitivos.
 - Otro _____
- Actualmente reside en un entorno excluido (un centro de tratamiento residencial, un hogar de ancianos, un hospital, en prisión, etc.).
- Usted es elegible, o está inscrito simultáneamente, con su hijo o cuidador en otro Health Home.

Esta medida se lleva a cabo en virtud de NYS SSL 365-L.

Representante de Health Home

Firma: X _____

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN, PUEDE SOLICITAR UNA CONFERENCIA, UNA AUDIENCIA IMPARCIAL, O AMBAS. LEA LA INFORMACIÓN QUE FIGURA AL DORSO DE ESTE AVISO PARA AVERIGUAR CÓMO SOLICITAR UNA CONFERENCIA O UNA AUDIENCIA IMPARCIAL.

DERECHO A UNA CONFERENCIA: puede tener una conferencia para revisar estas medidas. Si desea una conferencia, debe solicitarla cuanto antes. En la conferencia, si advertimos que tomamos una decisión incorrecta o si, en función de la información que usted brinda, determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos medidas correctivas y se lo informaremos por escrito. Puede solicitar una conferencia por teléfono al número indicado en la primera página de este aviso de determinación o mediante una solicitud por escrito dirigida a la dirección que figura en el margen superior de la primera página de este aviso de determinación. Este número se utiliza únicamente para solicitar una conferencia. Este medio no sirve para solicitar una audiencia imparcial. Si solicita una conferencia, aún tiene el derecho de obtener una audiencia imparcial. Debe solicitar una audiencia imparcial del modo que se describe a continuación. Además, si desea que no se modifiquen sus beneficios (que continúe la ayuda) hasta obtener una resolución en una audiencia imparcial, lea y complete la sección a continuación titulada:

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: si considera que la medida mencionada es incorrecta, puede solicitar una “audiencia imparcial estatal” por los siguientes medios:

- 1) Por teléfono: puede llamar al número gratuito del estado, 800-342-3334 (TENGA ESTE AVISO A MANO CUANDO SE COMUNIQUE).
- 2) Por fax: envíe una copia de este aviso al fax número (518) 473-6735, O
Por Internet: complete y envíe el formulario de solicitud a través del sitio web <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>, O
- 3) Por escrito: envíe una copia de este aviso completado a Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina de Asistencia Temporal y a Discapacitados del Estado de Nueva York), P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conserve una copia.
- 4) Personalmente (solo en la ciudad de Nueva York).
Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina de Asistencia Temporal y de Incapacidad)
Office of Administrative Hearing (Oficinas de Audiencias Administrativas)
14 Boerum Place: 1.º piso
Brooklyn, Nueva York 11201
- 5) Con discapacidad auditiva y del habla:
comuniquese con el Servicio de Retransmisión de Nueva York al 711 o 1-800-622-1220.
Solicite al operador que se comunique al 877-502-6155. El servicio que se brinda a través de este número está destinado únicamente a personas que llaman mediante un equipo de TDD.

Quisiera una audiencia imparcial. Esta medida es incorrecta porque: _____

TIENE SESENTA DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará un aviso para informarle el día y la hora de la audiencia. Tiene derecho a ser representado por un abogado, un familiar, un amigo u otra persona, o bien representarse usted mismo. En la audiencia, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia oral y escrita para demostrar por qué no se debería llevar a cabo dicha medida, así como la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca en la audiencia. Asimismo, usted tiene derecho a traer testigos para hablar a su favor. Debe traer a la audiencia documentación que pueda servir para exponer sus razones, por ejemplo, este aviso, recibos de sueldo, comprobantes, facturas de gastos médicos, facturas de calefacción, verificación médica, cartas del médico, etc.

ASISTENCIA LEGAL: si necesita asistencia legal gratuita, puede comunicarse con la Legal Aid Society de su localidad u otro grupo de defensoría legal. Para localizar la Legal Aid Society o el grupo de defensoría más cercanos a su domicilio, puede consultar la sección “Abogados” de las páginas amarillas o comunicarse por teléfono al número indicado en la primera página de este aviso.

ACCEDA A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: con el objetivo de ayudarlo a prepararse para la audiencia, la agencia de Health Home le enviará una copia del paquete de evidencias dentro de un plazo de diez días hábiles a partir de la recepción del aviso de ODTA sobre la fecha de la audiencia imparcial. El paquete de evidencia contiene información que la agencia de Health Home utilizó para tomar su decisión respecto de su inscripción al Health Home Program (Programa Health Home), que se le proporcionará al consejero auditor para explicar la decisión. Si no recibe su paquete de evidencias durante la semana previa a la audiencia, comuníquese con nosotros por teléfono al número que figura en el margen superior de la página 1 de este aviso de determinación y solicítelo. Si no hay tiempo suficiente para enviarle el paquete de evidencias por correo postal, la agencia de Health Home le proporcionará una copia en la audiencia.

Usted tiene derecho a mirar el expediente de su caso. Si nos contacta con suficiente antelación al número de teléfono que figura en el margen superior de la página 1 de este aviso de determinación o nos escribe dentro de un plazo razonable antes de la audiencia, le proporcionaremos copias gratuitas de otros documentos en su expediente que considere necesarios para prepararse para la audiencia imparcial. Le enviaremos los documentos por correo postal solo si así lo solicita de manera específica.

INFORMACIÓN: si desea obtener más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo ver su expediente o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que figuran en el margen superior de la página 1 de este aviso o escribanos a la dirección que figura en el margen superior de la página 1 de este aviso.

Nombre en letra de imprenta: _____ Número de identificación de cliente (CIN, por sus siglas en inglés): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma: X _____ Fecha: _____

Original: afiliado de Medicaid/ padre/madre/tutor legal/representante legal autorizado

Copia según corresponda: especialista en Quality Management Specialist (Gestión de calidad) (QMS, por sus siglas en inglés), Department of Social Services (Departamento de Servicios Sociales) local o Division of Juvenile Justice and Opportunities for Youth (División de Justicia Juvenil y Oportunidades para la Juventud), agencia de integración de atención médica, agencia de planificación de casos, cuidador, agencia de cuidado temporal voluntario, otorgante de consentimiento médico

Este documento se encuentra disponible en otros idiomas. Le pueden leer este aviso en otro idioma.

Los criterios de elegibilidad de Health Home incluyen dos o más afecciones crónicas O una sola afección que califique.

La lista de afecciones que califican es la siguiente:

- VIH/SIDA (adultos y niños);
- enfermedad mental grave (SMI, por sus siglas en inglés) (solo adultos);
- trastornos emocionales graves (SED, por sus siglas en inglés) (solo niños);
- trauma complejo (solo niños);
- discapacidad intelectual (Oficina para las Personas con Discapacidades de Desarrollo u OPWDD, por sus siglas en inglés);
- parálisis cerebral (OPWDD);
- epilepsia (OPWDD);
- deterioro neurológico (OPWDD);
- disautonomía familiar (OPWDD);
- síndrome de Prader-Willi (OPWDD);
- autismo (OPWDD).