NEW YORK STATE
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
40 NORTH PEARL STREET, ALBANY, NEW YORK 12243-0001

MARY JO BANE
Commissioner

(518) 474-9475

LOCAL COMMISSIONERS MEMORANDUM

DSS-4037EL (Rev. 9/89)

Transmittal No: 92 LCM-98

Date: June 26, 1992

Division: Medical Assistance

TO: **Local District Commissioners**

SUBJECT: Chapter 41 Of The Laws Of 1992: Changes To The Medical Assistance Program

ATTACHMENTS: Dear Medicaid Recipient letter (available on-line)

This Local Commissioners Memorandum (LCM) is to provide districts with further details pertaining to the Department's implementation of Medical Assistance (MA) Program changes mandated by Chapter 41 of the Laws of 1992. These changes were described in Local Commissioners Memorandum Transmittal Number 92-LCM-73.

In May 1992 letters were sent to Medicaid recipients explaining the implications of Chapter 41 of the Laws of 1992 on the Medical Assistance Program. A separate letter was sent to individuals identified on WMS as Home Relief (HR) which described changes to their coverage under the MA Program. The Department has found that a number of individuals originally eligible for MA as HR are now eligible for MA under a federal category of assistance as disabled or otherwise and, therefore, should not be subject to the HR limitations. The Department will be sending the attached letter to notify these recipients that they are not subject to the limitations described in the letter that was sent to all recipients identified as HR. Details describing this population will follow in a future LCM.

For more information regarding this correspondence contact Ben Mastrototaro at 1-800-342-3715, extension 3-0530.

Jo-Ann A. Costantino
Deputy Commissioner
Division of Medical Assistance

NEW YORK STATE

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

40 NORTH PEARL STREET, ALBANY, NEW YORK 12243-0001

MARY JO BANE
Commissioner

JO-ANN A. COSTANTINO
Deputy Commissioner
Division of Medical Assistance

Dear Medicaid Recipient:

In May 1992 you received a letter which began "Dear Home Relief Recipient". That letter said that your Medical Assistance (Medicaid) benefits would be reduced beginning July 1, 1992 because you get Medicaid only because you are a Home Relief recipient or are eligible for Home Relief.

We have reviewed your Medicaid records, and we have determined that your Medicaid benefits should not be reduced because you are disabled, pregnant, or you are otherwise eligible for full benefits.

Effective July 1, 1992, your benefits will not be limited. Additionally, you will not be subject to the 32 day inpatient hospital limitation. The attached letter tells you what Medicaid benefits are available to you because you are disabled, pregnant, or otherwise fully eligible for Medicaid.

Also, because of a federal court order, you temporarily do not have to pay any co-payments when you get some Medicaid services. We will tell providers when they may start charging the co-payment.

Sincerely,

Jo-Ann A. Costantino
Deputy Commissioner
Division of Medical Assistance

Attachment

AN EQUAL OPPORTUNITY/AFFIRMATIVE ACTION EMPLOYER

NEW YORK STATE

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

40 NORTH PEARL STREET, ALBANY, NEW YORK 12243-0001

MARY JO BANE
Commissioner

JO-ANN A. COSTANTINO
Deputy Commissioner
Division of Medical Assistance

May 1, 1992

Dear Medicaid Recipient:

New York State has new laws which have changed the Medicaid Program. This letter is your official notice about the changes and it is important that you keep this letter for future reference.

The following changes will affect you:

- Beginning on June 1, 1992 Medicaid recipients age 21 or older will be asked to pay for part of the cost of some medical care. This is called a co-payment or co-pay.
- Beginning on July 1, 1992 Medicaid will no longer directly pay for care from podiatrists except for services to children under age 21 and to Medicare beneficiaries.
- Beginning on September 1, 1992 the utilization threshold level for pharmacy services will change. This is the program that gives you a certain number of services, and you have to ask your doctor to apply for more if you need more.

CO-PAYMENT

Medicaid recipients age 21 or older will be asked to pay for part of the cost of some medical care/items. If the birthdate on your Common Benefit Identification Card is wrong, contact your local social services district immediately. This is the date used to decide if you are age 21 or older. The provider who sees you (such as your clinic or pharmacy) will ask for the co-payment. Beginning January 1, 1993, there will be a $50.00 maximum co- payment limit for pharmacy services for a three month period (January through March 1993). If you wish to take advantage of this maximum, you will have to save your pharmacy co-pay receipts starting in January of 1993 as proof that you paid the co-pay. If you are eligible for Medicaid with a spenddown, you should save all co-pay receipts since they can count towards your spend down amount.

YOU WILL BE ASKED FOR CO-PAYMENT FOR:

1. **INPATIENT HOSPITAL CARE**- Each admission to a hospital (if you have to stay one or more nights) will have a $25 co-payment. This payment will be requested when you leave the hospital. The $25 is charged whether you stay one night or longer. You will be asked to pay when Medicaid is paying for some part of your hospital stay, even if Medicare is paying part. If you are sent home and then have to go back into the hospital again, you will be asked for another $25.

2. **EMERGENCY ROOM VISITS**- Each non-emergency or non-urgent visit to an emergency room will have a $3.00 co-payment.

3. **CLINIC VISITS**- Each visit to a clinic will have a $3.00 co-payment. Visits for mental health services, developmental disabilities/mental retardation services, alcohol and drug abuse services, Tuberculosis Directly Observed Therapy, family planning and Methadone Maintenance Treatment Programs (MMTP) do not require co-payments from you.

4. **PRESCRIPTION DRUGS**- Each prescription for brand-name drugs will have a $2.00 co-payment. Each prescription for generic drugs will have a $.50 co-payment. If you don't know if the prescription is for a brand-name or generic drug, ask your doctor or pharmacist. You are not required to pay toward the cost for certain psychotropic drugs used to treat or control mental illness. Your pharmacist can tell you whether the drug requires co-payment.

5. **NONPRESCRIPTION DRUGS**- Each nonprescription (over-the-counter) drug will have a $.50 co-payment.

6. **SICKROOM SUPPLIES**- Each sickroom supply will have a $1.00 co-payment. Examples are ostomy bags, heating pads, bandages, gloves, vaporizers, etc.

7. **HOME HEALTH AND LONG-TERM HOME HEALTH CARE**- Each home health care and long-term home health care service other than personal care will have a $.25 per hour or $3.00 per visit co-payment, up to a maximum of $3.00 per day per service. Your case manager can tell you which co-payment applies to the services you use.

8. **LABORATORY**- Each laboratory procedure billed by a lab to Medicaid will have a $.50 co-payment.

9. **X-RAY**- Each x-ray will have a $1.00 co-payment except for x-rays taken by your doctor in his/her office.

NEW YORK STATE

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

40 NORTH PEARL STREET, ALBANY, NEW YORK 12243-0001

MARY JO BANE
Commissioner

JO-ANN A. COSTANTINO
Deputy Commissioner
Division of Medical Assistance

May 1, 1992

ESTIMADO BENEFICIARIO(A):

El estado de New York ha aprobado nuevas leyes que afectan el Programa de Asistencia Médica (Medicaid). Esta carta es la notificación oficial de los cambios establecidos y es muy importante que la conserve para usarla como referencia en el futuro.

A continuación se citan los cambios que le afectan:

- A partir del primero (1°) de junio de 1992, se requerirá que los beneficiarios de 21 años de edad a mayores paguen parte del costo de algunos servicios médicos. Esto se conoce con el nombre de co-pago.
- A partir del primero de julio de 1992, Medicaid no cubrirá el cuidado de los pies provisto por un pedicuro privado, excepto si el paciente es menor de 21 años o es beneficiario de Medicare.
- A partir del primero de septiembre de 1992, los límites de servicios farmacéuticos serán reducidos. El programa de límites de utilización le permite recibir un número limitado de servicios a través del programa de Asistencia Médica. Se médico puede solicitar un aumento de estos límites si Ud. necesita servicios adicionales.

CO-PAGO

Todos los beneficiarios de Medicaid de 21 años de edad o mayores, deberán pagar parte del costo de algunos servicios médicos. (Si la fecha de nacimiento en su tarjeta de identificación no es correcta, debe comunicarlo a su agencia local de servicios sociales inmediatamente. Esta es la fecha que indica si Ud. tiene 21 años de edad o más). Su proveedor de servicios (por ejemplo, la clínica o farmacia) le pedirá el co-pago. A partir del primero de enero de 1993, el máximo co-pago por servicios farmecéuticos será de $50.00 por cada período de tres meses (por ejemplo, de enero a marzo de 1993). Para poder beneficiarse de este límite de co-pago, deberá guardar los recibos de co-pago de la farmacia, a partir de enero de 1993, para presentarlos como prueba del desembolso. Si Ud. es eligible para Asistencia Médica después de un determinado desembolso (spenddown), debe conservar todos los recibos de co-pago, ya que éstos cuentan como parte del desembolso que se le exige.

SERVICIOS QUE REQUIEREN CO-PAGO

1. **ESTANCIA INTERNA EN UN HOSPITAL** - Cada ingreso en un hospital (tiene que pasar al menos una noche), requerirá un co-pago de $25.00. El pago deberá hacerlo al salir del hospital, y será la misma cantidad por una noche de estancia o mas. El co-pago se requiere siempre que el Programa de Asistencia Médica cubra parte de su estancia en el hospital y aun en el caso de que Medicare cubra tambien parte de la estancia. Si es dado de alta y más tarde tiene que volver a ingresar, se le pedirán otros $25.00.

2. **VISITAS A LA SALA DE EMERGENCIAS** - Cada visita a una sala de emergencia, por razones que no constituyan urgencia, le costará $3.00.

3. **VISITAS A UNA CLÍNICA** - Cada visita a una clínica le costara $3.00. Las visitas con el proposito de recibir servicios relacionados con: la salud mental; con enfermedades que causan retardo mental o impedimento progresivo; con el abuso del alcohol a las drogas; con la Terapia para la Tuberculosis; con la planificación familiar; o con el programa de Tratamiento con Metadona (MMTP) no requieren co-pago.

4. **MEDICINAS CON RECETA** - Cada receta para medicinas patentadas requerirá un co-pago de $2.00. Cada receta para medicinas genéricas requerirá un co-pago de $.50. Si Ud. no sabe si la receta es para una medicina patentada o genérica, debe preguntar a su médico a su farmacéutico. Ud. no tiene que pagar por algunos medicamentos psicotrópicos usados en el tratamiento de enfermedades mentales. Su farmacéutico puede indicarle que medicamentos requieren co-pago.

5. **MEDICINAS SIN RECETA** - Cada medicina o artículo que no necesite receta requerirá un co-pago de $.50.

6. **ARTICULOS DE ENFERMERIA** - Cada artículo quirúrgico o antiséptico requerirá un co-pago de $1.00. Ejemplo de estos articulos: bolsas quirúrgicas, parches calientes, vendas, guantes, vaporizadores, etc.

7. **SERVICIOS A DOMICILIO** - Los servicos a domicilio (por corto o largo plazo), excepto los cuidados personales, requerirán un co-pago de $.25 la hora o de $3.00 por visita, hasta un máximo de $3.00 diarios por servicio. Las preguntas con relación al co-pago en su caso particular puede dirigirlas al encargado de su caso.

8. **LABORATORIA** - Cada análisis requerirá un co-pago de $.50.

9. **RAYOS X** - Cada radiografía o rayos X requerirá un co-pago de $1.00, excepto radiografías hechas por un médico en su oficir

EXCEPCIONES

Ud. no esta obligado a pagar:

THERE ARE SOME EXCEPTIONS:

You are **NOT** required to pay the co-payment if:

1.You are getting the care or item and you are younger than 21 years of age.

2.You are getting the care or item and are pregnant. (If you are pregnant, have your doctor write a note that says you are pregnant to show to other providers if they ask for a co-payment.)

3.Your care is being provided by a managed care provider or a health maintenance organization (HMO).

4.The services you are receiving are for family planning (birth control or fertility), including family planning drugs or supplies such as birth control pills or condoms.

5.The care or item is for an emergency. Emergency care is care provided to patients with severe, life-threatening or potentially disabling conditions which need immediate care.

6.You are unable to pay the co-payment.

If you are unable to pay towards the cost of care tell the health care provider when you are asked for payment. The law says that providers can not refuse to give you services because you can not pay the co-payment amount. There is a toll-free telephone number to be used to report providers who refuse to give you care and tell you it is because you are unable to pay the co-payment. Please have the provider's name, address and telephone number when you make this telephone call. The telephone number will operate Monday through Friday, 9:00 AM to 5:00 PM.

The toll-free telephone number to report providers is 1-800-541-2831.

PODIATRY SERVICES

PATIENTS UNDER AGE 21: Medicaid will pay for care from private practicing podiatrists if a medical doctor, nurse practitioner or nurse midwife orders the care in writing.

PATIENTS AGE 21 OR OLDER WITH MEDICARE COVERAGE: There are no changes in podiatry services provided. Medicaid will continue to pay toward care for recipients with Medicare coverage.

PATIENTS AGE 21 OR OLDER WITHOUT MEDICARE COVERAGE: Medicaid will not pay private practicing podiatrists directly for care. Medically necessary foot care may be provided by some certified clinics and physicians who offer the care.

If the birthdate on your Common Benefit Identification Card is wrong, contact your local social services district immediately. This is the date used to decide if you are age 21 or older.

UTILIZATION THRESHOLD (UT) PROGRAM CHANGES

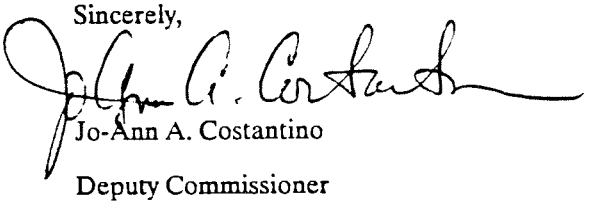
Beginning September 1, 1992, the Utilization Threshold limit for pharmacy services will change from 60 items to 40 items for recipients under age 21, or age 65 or older; certified disabled; certified blind; or single caretakers of a child under age 18. The current thresholds for physicians, clinics and laboratories will remain the same. Beginning September 1, 1992, if you are in the Recipient Restriction Program, you will not be exempt from the program, but will be subject to the threshold limits.

If you need services above your limit make sure that you ask your doctor to fill out the **Threshold Override Application**. Remember, if you do not ask for more services and you reach your limit, Medical Assistance will not pay for additional services except for emergency medical care, until your new benefit year begins. For complete information, refer to your Medical Assistance Utilization Threshold fact sheet.

FAIR HEARINGS

See the attachment for your fair hearing rights.

Sincerely,



Jo-Ann A. Costantino

Deputy Commissioner

Division of Medical Assistance

920943

1. Si Ud. recibe el servicio médico y tiene menos de 21 años de edad.

2. Si Ud. recibe el cuidado a servicio y esta embarazada. En este caso pídale a su médico una nota que indique que Ud. esta embarazada y muestrésela a otros proveedores que le pidan el co-pago.

3. Si el servicio es provisto a través de un Programa Médico Administrado o una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO).

4. Si el servicio se refiere a la planificación familiar (control de nacimiento o fertilidad); esto incluye medicamentos o artículos relacionados con la planificación familiar, como por ejemplo, píldoras anticonceptivas a condones.

5. Si el servicios es de urgencia. Cuidados de urgencia se requieren en los casos en que existen condiciones graves que amenacen la vida o que puedan causar daños irreparables a la salud.

6. Si Ud. no tiene medios para pagar.

Si Ud. no tiene medios para pagar parte del costo del servicio recibido, dígaselo al proveedor cuando este le pida el co-pago. La ley dice que ningun proveedor puede negarse a prestarle un servicio por razones de su incapacidad para satisfacer el co-pago. Existe un teléfono, libre de cargo, a través del cual Ud. puede delatar a los proveedores que se nieguen a prestarle un servicio y le informen que es debido a que Ud. no puede satisfacer el co-pago. Cuando haga una llamada de este tipo debe tener a mano el nombre del proveedor, su dirección y número de teléfono. Este teléfono funcionará de lunes a viernes desde las 9 de la mañana hasta las 5 de la tarde.

El numero de teléfono es 1-800-541-2831.

CUIDADO DE LOS PIES

PACIENTES MENORES DE 21 ANOS: Medicaid pagará por los servicios prestados por pedicuros privados si estos servicios son ordenados por escrito por un médico, una enfermera practicante o una comadrona.

PACIENTES DE 21 ANOS DE EDAD O MAYORES CUBIERTOS POR MEDICARE: No existe ningún cambio para estos pacientes; Medicaid seguirá pagando estos servicios prestados a los beneficiarios de Medicare.

PACIENTES DE 21 ANOS DE EDAD O MAYORES QUE NO ESTAN CUBIERTOS POR MEDICARE: Medicaid no pagará los servicios privados prestados por un pedicuro. Sin embargo, Medicaid continuará pagando los medicamentos o artículos médicos prescritos por un pedicuro. El cuidado de los pies que sea médicamente necesario puede ser provisto por clínicas certificadas y médicos especializados.

Si la fecha de nacimiento en su tarjeta identificación (Common Benefit Identification Card) es incorrecta, comuníquelo a su agencia local de servicios sociales inmediatamente. Esta es la fecha que indica si Ud. tiene 21 años de edad o más.

CAMBIOS EN EL PROGRAMA DE UTILIZACION DE SERVICIOS (UT).

A partir del primero de septiembre de 1992, el límite de los servicios farmacéuticos será reducido de 60 a 40 artículos para los beneficiarios menores de 21 años, para los beneficiarios de 65 años o mayores, para los impedidos legales a ciegos legales, y para los padres a guardianes de un menor de 18 años. Los límites de visitas al médico o clínica y los límites de laboratorio se mantendrán como hasta ahora. A partir del primero de septiembre de 1992, se suspenderá la exención de límites para los individuos que están en el programa de Beneficiarios Restringidos (Restricted Recipient).

Si los límites establecidos no son suficientes para sus necesidades y requiere más servicios médicos, pídale a su médico que llene el formulario llamado Threshold Override Application. Recuerde que si Ud. no solicita servicios adicionales y llega a alcanzar el límite, el programa de Asistencia Médica no pagará los servicios que excedan los límites, excepto los servicios de urgencia, hasta el comienzo de un nuevo año de beneficios. Para obtener infomación completa, lea su HOJA DE DATOS de Límites para la Utilización de Asistencia Médica (Medicaid Utilization Threshold).

VISTAS

Para informarse acerca de sus derechos a una vista, por favor lea la hoja adjunta.

Sinceramente,

Jo-Ann A. Costantino
Deputy Commissioner
Division of Medical Assistance

MA Chapter 41 Notice

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review this action **if you think we made a mistake about your date of birth, or your aid category (HR, ADC or SSI), or whether you are in a managed care program or HMO - but not just because you believe the new law is unfair.** If you want a conference, you should ask for one as soon as possible. At the conference, if we discover that we made the wrong decision or if, because of information you provide we determine to change our decision, we will take corrective action and give you a new notice. You may ask for a conference by calling your worker or by sending a written request to your local social services department. This number is used only for asking for a conference. It is not the way you **request a fair hearing.** If you ask for a conference you are still entitled to a fair hearing. If you want to have your benefits continue unchanged (aid-continuing) until you get a fair hearing decision, you must request a fair hearing in the way described below. A request for a conference alone will **not** result in continuation of benefits. Read below for fair hearing information.

FAIR HEARING REQUEST: These limits on your Medicaid coverage are based on a change in State law. **You have the right to have a fair hearing if you think we made a mistake about your date of birth, or your aid category (HR, ADC or SSI), or whether you are in a managed care program or HMO - but not just because you believe the new law is unfair.** The hearing officer at the hearing may determine that you do not have a right to a hearing or a continuation of Medicaid, if the only issue at the hearing is the change in State law. You may request a State fair hearing by:

(1) Telephoning: (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL)

If you live in: **New York City** (Manhattan, Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island): (212) 417-6550

If you live in: **Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans or Wyoming County:** (716) 847-3877.

If you live in: **Alegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne or Yates County:** (716) 238-8282.

If you live in: **Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins or Tioga County:** (315) 428-4117.

If you live in: **Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Herkimer, Montomery, Nassau, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Suffolk, Sullivan, Ulster, Warren, Washington or Westchester County:** (518) 474-8781

OR

(2) **Writing:** By sending a copy of this notice completed, to the Fair Hearing Section, New York State Department of Social Services, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. **PLEASE KEEP A COPY FOR YOURSELF.**

I want a fair hearing. The Agency's action is wrong because:

_____

_____

Signature of Client_____ Date_____ Case #_____

Address: _____

Telephone # (_____) -_____

YOU HAVE 60 DAYS FROM THE DATE OF THIS NOTICE TO REQUEST A FAIR HEARING

If you request a fair hearing, the State will send you a notice informing you of the time and place of the hearing. You have the right to be represented by legal counsel, a relative, a friend or other person or to represent yourself. At the hearing you, your attorney or other representative will have the opportunity to present written and oral evidence to demonstrate why the action should not be taken, as well as an opportunity to question any persons who appear at the hearing. Also, you have a right to bring witnesses to speak in your favor. You should bring to the hearing any documents such as this notice, or medical verification that may be helpful in presenting your case.

CONTINUING YOUR BENEFITS: If you request a fair hearing before the effective date stated in this notice you will receive the benefits being disputed until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, we may recover the cost of any Medicaid benefits that you should not have received. If you want to avoid this possibility, check the box below to indicate that you do not want your aid continued, and send this page along with your hearing request. If you do check the box , the action described above will be taken on the effective date listed above.

☐ I agree to have the action taken on my Medicaid benefits, as described in this notice, prior to the issuance of the fair hearing decision.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking your Yellow Pages under "Lawyers" or by calling your worker.

ACCESS TO RECORDS/ INFORMATION: You have the right to review your case record. Upon your request, you have the right to free copies of documents which we will present into evidence at the fair hearing. Also, upon request, you have the right to free copies of other documents from your case record which you need for your fair hearing. To request such documents or to find out how you may review your case record, call your worker or send a written request to your local social services department.

If you want additional information about your case, how to request a fair hearing, how to gain access to your case record and/or additional copies of documents, you may call your worker or write to your local social services department.

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Ud. puede solicitar una conferencia para revisar esta decisión si cree que se ha cometido un error enrelación con su fecha de nacimiento o con su categoría de asistencia (HR, ADC o SSI), o si Ud. está subscrito a un Programa de Servicios Administrado o a una Organización para el Mantemiento de la Salud; pero no solamente porque crea que la nueva ley es injusta. Si Ud. desea tener una conferencia debe solicitarla lo más pronto posible. Durante la conferencia , si desubrimos que nuestra decisión fue incorrecta, o dependiendo de la información que Ud. proporcione, determinamos cambiar nuestra decisión, tomaremos medidas correctivas y le daremos una nueva notificación. Ud. puede solicitar la conferencia llamando al encargado de su caso a por escrito, dirigiéndose a su agencia local de servicios sociales. Este numero es solamente para solicitar una conferencia. Esta no es la forma de solicitar una vista. Si Ud. solicita una conferencia, todavía puede tener derecho a una vista. Si Ud. desea que sus beneficios no cambien hasta que obtenga una decisión por medio de una vista, debe solicitar la vista en la forma que se describe a continuación. La solicitud de la conferencia por si misma no le dará derecho a la continuación de los beneficios. Lea el parrafo siguiente para informarse acerca de la solicitud de una vista.

SOLICITUD DE UNA VISTA: Estos límites en los beneficios ofrecidos por Medicaid están basados en un cambio en las leyes del estado. Ud. tiene derecho a solicitar una vista si cree que se ha cometido un error en relación con su fecha de nacimiento, o con su categoria de asistencia (HR, ADC, o SSI), o si Ud. esta subscrito a un Programa de Servicios Administrado o a una Organizacion para el Mantenimiento de la Salud, pero no solamente porque crea que la nueva ley es injusta. El oficial de la vista puede determinar que Ud. no tiene derecho a ésta o a la continuación de la asistencia médica si el único motivo para la vista es el cambio en la ley del estado.

Ud. puedo solicitar una vista de la siguiente manera:

(1) **Llamando por teléfono:** (POR FAVOR TENGA ESTA NOTIFICACION A MANO CUANDO LLAME)

Si usted vive en: **New York City** (Manhattan, Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island): (212) 488-6550

Si usted vive en: El Condado de **Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans** o **Wyoming:** (716) 847-3877

Si usted vive en: El Condado de **Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne** o **Yates:** (716) 238-8282

Si usted vive en: El Condado de **Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins** o **Tioga:** (315) 428-4117

Si usted vive en: El Condado de **Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Herkimer, Montgomery, Nassau, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Suffolk, Sullivan, Ulster, Warren, Washington** o **Westchester:** (518) 474-8781

O

(2) **Escribiendo:** Enviando una copia de esta notificación debidamente completada a la Fair Hearing Section, New York State Department of Social Services, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Por favor, guarde una copia para usted.

☐ Deseo una vista imparcial. La acción de la Agencia es errónea porque:

_____

_____

_____

Firma del Cliente _____ Fecha _____

USTED TIENE 60 DIAS DESDE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA PEDIR UNA VISTA IMPARCIAL Si usted solicita una vista imparcial, el Estado le enviará una notificación informandole acerca de la hora y el lugar de la vista. Usted tiene el derecho de ser representado(a) por un abogado, un familiar, un amigo(a) u otra persona, o puede representarse a sí mismo(a). Durante la vista, usted, su abogado u otro representante tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral para demostrar la razón por la cual la acción no debe ser llevada a cabo, asi como también tendrá la oportunidad de interrogar a cualquier persona que aparezca en la vista. Usted también tiene el derecho de traer testigos que testifiquen en su favor. Usted debe traer a la vista cualesquier documentos, tales como esta notificación, talonarios de pagos salariates, recibos, cuentas medicas, cuentas de calefaccion, verificacion medica, cartas, etc. que puedan ayudarle en la presentacion de su caso.

CONTINUACION DE SUS BENEFICIOS: Si usted pide una vista imparcial antes de la fecha indicada en este aviso para que esta acción entre en vigor, usted continuará recibiendo sus beneficios como siempre hasta que se dé a conocer una decisión de la vista imparcial. No obstante, si usted pierde la vista imparcial, nosotros pudiéramos recobrar los beneficios de la Asistencia Medica. Si usted quiere evitar esta posibilidad, puede marcar la casilla de abajo para indicar que usted no desea continur recibiendo ayuda y enviar esta página junto con su petición de una vista. Si usted marca la casilla, la acción descrita arriba será adoptada en la fecha efectiva que se indica en la primera página de esta notificación.

☐ Acedo a que la acción tomada respecto a mis beneficios de Asistencia Medica se lieve a cabo, como se describe en este aviso, antes de darse a conocer una decisión de la vista imparcial.

ASISTENCIA LEGAL: Si usted necesita asistencia legal gratis, usted puede que obtenga tal ayuda contactando a la Sociedad de Ayuda Legal de su localidad (Legal Aid Society) u otro grupo legal de abogacia. Usted puede localizar a la Sociedad de Auyda Legal o a un grupo de abogacia más cercano, buscando en la Páginas Amarillas bajo "Abogados" ("Lawyers") o llamando al numero que se indica en la primera página de esta notificación.

ACCESO A RECORS/INFORMACION: Usted tiene el derecho de revisar el récord de su caso. Al solicitario, usted tiene derecho a copias gratis de los documentos que nosotros presentaremos como evidencia en la vista imparcial. También, al solicitario, usted tiene derecho a recibir copias gratis de otros documentos el récord de su caso, los que necesitará para su vista imparcial. Para solicitar esos documentos o para averiguar cómo revisar el récord de su caso, llame al numero indicado en la primera página de esta notificación, o envíe una solicitud escrita a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación.

Si desea obtener información adicional acerca de su caso, o de como solicitar una vista, o como obtener acceso a la documentación de su caso, o a copias adicionales de los documentos, puede llamar al encargado de su caso o dirigirse por escrito a su agencia local de servicios sociales.