

**Уведомление о решении
о прекращении участия в программе
New York State Health Home Program
(Программа «Дом здоровья» штата Нью-Йорк)**

Дата уведомления _____ Идентификационный номер клиента _____

Дата вступления в силу (необходимо уведомить за 10 дней) _____

Health Home Program (Программа «Дом здоровья»)

Имя _____

Адрес _____

Общий телефонный номер для вопросов или помощи _____

Участник

Имя _____

Родитель, законный опекун, законный представитель, при наличии _____

Адрес _____

Настоящим ставим вас в известность, что начиная с _____ это агентство _____ планирует
Даты Название Health Home (Дом Здоровья)

исключить вас из списка участников Health Home Program (Программа «Дом здоровья»)

Вы не отвечаете критериям, необходимым для продолжения участия, и вы будете исключены из Health Home Program (Программа «Дом здоровья»), начиная с указанной выше даты по следующим причинам:

- Вам больше не требуются услуги по управлению оказанием медицинского ухода от Health Home (Дом здоровья), потому что вы не соответствуете соответствующим критериям, указанным ниже (отметьте все, что подходит)
- На данный момент вы достигли все свои оздоровительные и восстановительные цели
 - Вы больше не подвергаетесь риску возникновения неблагоприятного события (такого, как смерть, инвалидность, госпитализация в стационар или в центр сестринского ухода, назначенные профилактические услуги или проживание в центрах ухода)
 - На данный момент у вас есть адекватная социальная/семейная/жилищная поддержка
 - На данный момент у вас нет серьезных изменений в семейных отношениях
 - На данный момент у вас адекватное взаимодействие с системой здравоохранения
 - На данный момент вы придерживаетесь процедур
 - На данный момент у вас нет проблем с приемом лекарств
 - У вас больше нет нарушений повседневной функциональности, способности к познанию или обучению.
 - Другое _____
- Вы одновременно имеете право на участие или зачислены вместе с вашим ребенком или опекуном в другую программу Health Home (Дом здоровья)
- На данный момент вы проживаете в изолированной обстановке (например, в реабилитационном центре, в доме престарелых, в тюрьме и т. д.)
- Вы перестали приходить на повторные консультации, и мы не сможем предоставлять вам услуги по управлению оказанием медицинского ухода от Health Home (Дом здоровья)
- Вы больше не отвечаете критериям отбора для Health Home (Дом здоровья) на предмет хронического заболевания. У вас должно быть:
- два или более хронических заболеваний ИЛИ
 - одно отдельное соответствующее требованиям заболевание (смотреть список отдельных соответствующих требованиям заболеваний в Приложении А)
- У вас больше нет соответствующего типа покрытия от Medicaid (Медикейд) для услуг Health Home (Дом здоровья).

Это действие предпринимается в соответствии с NYS SSL 365-I

Представитель Health Home (Дом здоровья)

Подпись: X _____

ЕСЛИ ВЫ НЕ СОГЛАСНЫ С ДАННЫМ РЕШЕНИЕМ, ВЫ МОЖЕТЕ ЗАПРОСИТЬ КОНФЕРЕНЦИЮ, ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО ИЛИ И ТО, И ДРУГОЕ. ПРОЧТИТЕ ИНФОРМАЦИЮ НА ОБОРОТНОЙ СТОРОНЕ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ, ЧТОБЫ УЗНАТЬ, КАК ЗАПРОСИТЬ КОНФЕРЕНЦИЮ И/ИЛИ ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО.

ПРАВО НА КОНФЕРЕНЦИЮ. Вы можете провести конференцию для проверки данных действий. Если вы хотите провести конференцию, вам следует запросить ее как можно скорее. На конференции, если мы определим, что приняли неверное решение, или в соответствии с предоставленной вами информацией придем к выводу об изменении нашего решения, мы внесем соответствующие поправки и проинформируем вас в письменной форме. Вы можете запросить конференцию, позвонив по номеру, указанному на первой странице настоящего Уведомления о решении, или посыл нам письменный запрос по адресу, указанному в верхней части первой страницы настоящего Уведомления о решении. Этот номер предназначен только для запросов о проведении конференции. Объективное разбирательство запрашивается другим способом. Если вы запрашиваете проведение конференции, вы также вправе запросить объективное разбирательство. Вы должны запрашивать объективное разбирательство так, как описано ниже. Кроме того, если вы хотите продолжать получать услуги в неизменном виде (дальнейшую помощь) до тех пор, пока не будет принято решение в ходе объективного разбирательства, прочтите и заполните приведенный ниже раздел, озаглавленный «**ПРОДОЛЖЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ**».

ПРАВО НА ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО. Если вы считаете, что вышеуказанное действие некорректно, вы можете запросить проведение государственного объективного разбирательства:

- 1) **По телефону.** Вы можете позвонить по государственному бесплатному номеру: 800-342-3334 (ДЕРЖИТЕ ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ПРИ СЕБЕ ВО ВРЕМЯ ЗВОНКА); ИЛИ
- 2) **По факсу.** Отправьте копию данного уведомления по факсу на номер: (518) 473-6735; ИЛИ
В сети Интернет. Заполните и отправьте форму онлайн-запроса по адресу: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; ИЛИ
- 3) **В письменной форме.** Отправьте заполненную копию данного уведомления в отдел объективных разбирательств по адресу: New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Управление штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным), P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Сохраните одну копию у себя.
- 4) **В ходе личного визита** (только для города Нью-Йорк).
Office of Temporary and Disability Assistance (Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным)
Office of Administrative Hearing (Управление по административным слушаниям)
14 Voerum Place — 1st Floor
Brooklyn, New York 11201
- 5) **Для людей с нарушением речи и слуха.**
Обратитесь в службу коммутируемых сообщений Нью-Йорка по телефону: 711 или 1-800-622-1220.
Запросите у оператора звонок на номер: 877-502-6155. Услуги по данному номеру предоставляются только в том случае, если у абонента имеется телекоммуникационное устройство для глухих.

Я запрашиваю проведение объективного разбирательства. Данное действие некорректно по причине: _____

У ВАС ЕСТЬ 60 ДНЕЙ С МОМЕНТА ПОЛУЧЕНИЯ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ, ЧТОБЫ ЗАПРОСИТЬ ПРОВЕДЕНИЕ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА

Если вы запрашиваете объективное разбирательство, от имени штата вам будет направлено уведомление, информирующее о времени и месте проведения разбирательства. У вас есть право на использование услуг адвоката, родственника, друга или другого лица или представлять свои интересы самостоятельно. Во время разбирательства вы, ваш адвокат или другой представитель будете иметь возможность представить письменные и устные свидетельства в пользу того, почему не следует совершать данное действие, а также возможность задавать вопросы любым лицам, которые участвуют в процессе разбирательства. Также у вас есть право приводить свидетелей, которые дадут показания в вашу пользу. Вам необходимо принести на слушания любые документы, такие как данное уведомление, платежные уведомления, рецепты, счета за оказания медицинских услуг, счета за отопление, медицинское освидетельствование, талоны к врачу и т.д., которые могут быть полезны при рассмотрении вашего дела.

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ. Если вы запрашиваете проведение объективного разбирательства до даты, указанной в данном уведомлении, вы продолжите получать услуги в неизменном виде до тех пор, пока не будет принято решение в ходе объективного разбирательства. Однако, если вы проиграете объективное разбирательство, мы можем взыскать стоимость любых медицинских услуг, которые вы не должны были получать. Если вы хотите избежать такой ситуации, поставьте отметку в приведенном ниже квадрате о том, что вы отказываетесь от продолжения получения услуг, и отправьте эту страницу вместе с запросом о проведении разбирательства. Если вы поставите отметку, то действие, описанное выше, будет совершено на момент указанной выше даты вступления в силу.

Я выражаю согласие на совершение действий в отношении получаемых мною медицинских услуг, как указано в данном уведомлении, до вынесения решения в ходе объективного разбирательства.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ. Если вам требуется бесплатная юридическая помощь, вы можете получить ее, связавшись с вашим местным обществом юридической помощи или другой группой правозащитников. Вы можете определить местоположение ближайшего общества юридической помощи или группы правозащитников, воспользовавшись разделом «Юристы» справочника «Желтые страницы» или позвонив по телефону, указанному на первой странице данного уведомления.

ДОСТУП К ВАШЕМУ ФАЙЛУ И КОПИЯМ ДОКУМЕНТОВ. Для того чтобы помочь вам подготовиться к разбирательству, Health Home (Дом здоровья) направит вам копию пакета свидетельских документов в течение 10 рабочих дней с момента получения уведомления из ODTA (Управления по временной помощи и помощи нетрудоспособным) о дате проведения объективного разбирательства. Пакет свидетельских документов содержит информацию, которую использовал Health Home (Дом здоровья) при вынесении своего решения о включении вас в программу Health Home (Дом здоровья) и которая будет предоставлена должностному лицу, проводящему разбирательство, для объяснения вынесенного решения. Если вы не получите пакет свидетельских документов за неделю до проведения разбирательства, позвоните нам по телефону, указанному в верхней части страницы 1 данного Уведомления о решении, и запросите его. Если не остается времени на то, чтобы отправить вам пакет свидетельских документов по почте, Health Home предоставит вам копию в процессе разбирательства.

У вас есть право ознакомиться с материалами вашего дела. Если вы позвоните нам заранее по телефону, указанному в верхней части страницы 1 данного Уведомления о решении, или напишете нам заблаговременно до даты начала разбирательства, мы бесплатно предоставим вам копии других документов из вашего дела, которые могут потребоваться вам при подготовке к процессу объективного разбирательства. Документы будут направлены вам почтой только в том случае, если вы попросите отправить их именно таким образом.

ИНФОРМАЦИЯ. Если вам потребуется дополнительная информация о вашем деле, о том, как совершить запрос о проведении объективного разбирательства, как ознакомиться с материалами дела, как получить дополнительные копии документов, позвоните нам по телефонам, указанным в верхней части страницы 1 данного уведомления, или напишите нам по адресу, указанному в верхней части страницы 1 данного уведомления.

Имя, фамилия (разборчиво): _____ Идентификационный номер клиента: _____

Адрес: _____ Номер телефона: _____

Подпись: X _____ Дата: _____

Оригинал — участник Medicaid (Медикейд) / Родитель/Опекун/Законный представитель

Копия по необходимости — специалист по управлению качеством (QMS), Local Department of Social Services or Division of Juvenile Justice and Opportunities for Youth (Местный департамент социальных служб или Отдел ювенальной юстиции и возможностей для молодежи), Health Care Integration Agency (Агентство по интеграции здравоохранения), Case Planning Agency (Агентство индивидуального планирования), Опекун, Voluntary Foster Care Agency (Агентство добровольного попечительского ухода), Medical Consenter (Центр медицинского согласия), Developmental Disabilities Regional Office (DDRO, Региональное бюро по вопросам нарушения развития)

Настоящий документ доступен на других языках. Данное уведомление может быть прочитано вам на другом языке.

**Уведомление о решении
о прекращении участия в программе**

New York State Health Home Program

(Программа «Дом здоровья» штата Нью-Йорк)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
(ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК)
Office of Health Insurance Programs
(Управление программ медицинского страхования)

Приложение А

Критерии приемлемости для участия в Health Home (Дом здоровья) включают в себя два или более хронических заболевания ИЛИ одно отдельное соответствующее требованиям заболевание.

Ниже представлен список отдельных заболеваний, соответствующих требованиям:

- ВИЧ/СПИД (взрослые и дети) или
- Серьезное психическое заболевание (СПЗ) (только взрослые) или
- Серьезные эмоциональные нарушения (СЭН) (только дети) или
- Комплексная травма (только дети)
- Умственная отсталость (OPWDD (Управление по вопросам людей с инвалидностью))
- Церебральный паралич (OPWDD (Управление по вопросам людей с инвалидностью))
- Эпилепсия (OPWDD (Управление по вопросам людей с инвалидностью))
- Неврологический дефицит (OPWDD (Управление по вопросам людей с инвалидностью))
- Семейная диссономия (OPWDD (Управление по вопросам людей с инвалидностью))
- Синдром Прадера-Вилли (OPWDD (Управление по вопросам людей с инвалидностью))
- Аутизм (OPWDD (Управление по вопросам людей с инвалидностью))