

## 결정 통지서 면제 프로그램의 거부

면제 프로그램 참여자 이름

주소

고객 식별 번호(CIN)

통지 날짜

요양원 이행 및 전환(NHTD) 또는 외상성 뇌손상(TBI)을 위한 1915(c) 가정 및 지역사회 기반 서비스 Medicaid 면제 프로그램에 대한 귀하의 참여가 상기 발효일을 기준으로 중단됨을 알려드립니다.

다음과 같은 이유로 면제 서비스 수령 자격이 상실된 개인에게는 Medicare 및 Medicaid 센터(CMS)에서 승인한 1915(c) Medicaid 면제 신청 조항에 따라 면제 프로그램 거절 결정 통지서(NOD)가 전달됩니다.

NHTD

TBI

이 조치의 근거가 되는 법률: 사회보장법(Social Security Act) 섹션 1915(c)와 사회보장법(Social Services Law) 섹션 366 (6-a) 또는 공중보건법(Public Health Law) 섹션 2740, 2741 및 2742.

이 결정에 동의하지 않는 경우, 회의, 청문회 또는 두 가지를 모두 요청할 수 있습니다. 이 통지서의 나머지 부분을 읽고 회의 및/또는 청문회를 요청하는 방법을 알아보십시오.

지역 자원 개발 전문가(정자체)

지역 자원 개발 전문가(서명)

지역 자원 개발 센터(RRDC) 이름

주소

전화번호

참조: 법적 보호자  
공인 대리인 서비스 코디네이터  
NYS DOH NHTD 및 TBI 면제 프로그램

**회의 요청 권한:** 귀하는 이러한 조치를 검토하기 위한 지역 자원 개발 전문가(RRDS) 회의를 요청할 수 있습니다. 회의를 원하시는 경우 가급적 신속히 요청하셔야 합니다. 이 회의에서 RRDS가 잘못된 결정이 내려졌다고 판단하거나 귀하가 제공한 정보 때문인 것을 확인하면, RRDS는 결정 사항을 변경하며 시정 조치가 시행됩니다. 귀하는 새로운 결정 통지서를 받게 됩니다. 이 통지서의 1페이지에 기재된 전화번호로 RRDS에 전화하거나 1페이지 상단에 기재된 주소로 요청 서신을 보내 회의를 요청할 수 있습니다. 이는 청문회를 요청하는 방법과 다릅니다. 회의를 요청해도 청문회 자격은 여전히 유지됩니다. 청문회 정보는 아래에서 확인해 주십시오.

**청문회 권리:** 위 조치가 부당하다고 여기는 경우 다음 중 하나의 방법으로 청문회를 요청하실 수 있습니다.

1. **전화번호:** 주 전역 수신자 부담 전화인 1-800-342-3334번으로 연락하실 수 있습니다. (전화할 때 이 통지서를 지참하십시오) 또는
2. **팩스:** 이 통지서의 사본을 (518)473-6735번으로 팩스 송부합니다. 또는
3. **온라인:** 온라인 요청 양식을 작성하여 <https://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>로 보냅니다. 또는 전화, 팩스 또는 온라인으로 뉴욕주 임시 및 장애 지원 사무국(Office of Temporary and Disability Assistance)에 문의할 수 없는 경우, 이 통지서 날짜로부터 60일 이내에 서신을 통해 청문회를 요청하십시오.
4. **우편:** 이 통지서를 작성하여 사본을 Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary Disability Assistance, P. O. Box 1930, Albany, New York 12201로 보냅니다. 사본은 보관하십시오.
5. **뉴욕시만 해당:** 임시 및 장애 지원 사무국의 행정 청문회 사무소(주소: 14 Boerum Place, Brooklyn, New York or 330 West 34th Street, 3rd. Floor, NY, NY.)를 직접 방문하실 수도 있습니다. 이 통지서 사본을 지참하십시오.

**이 통지서 날짜로부터 60일 이내에 청문회를 요청해야 합니다.**

청문회를 요청하는 경우 주에서 청문회 시간과 장소를 안내하는 통지서를 보내 드립니다. 귀하에게는 법률 고문, 친척, 친구 또는 다른 사람으로부터 변호를 받거나 자신을 변호할 권리가 있습니다. 청문회에서 귀하의 변호사 또는 기타 대리인은 최초 결정에 따른 조치가 이행되면 안 되는 이유를 입증하는 서면 또는 구술 증거를 제시하고, 청문회에 참석한 모든 사람에게 질문할 기회를 갖게 됩니다. 또한 귀하는 귀하의 편에서 이야기할 증인을 동반할 수 있습니다. 본 통지서, 급여 명세서, 영수증, 의료 청구서, 난방비 청구서, 의료 확인서, 서신 등, 케이스 심의에 도움이 될 만한 모든 서류를 청문회에 지참하십시오.

**본인은 청문회를 원합니다.** 이 결정은 잘못되었습니다. 그 이유는 다음과 같습니다. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

면제 거절 발효일

\_\_\_\_\_

본인 이름(정자체)

\_\_\_\_\_

본인 서명

\_\_\_\_\_

주소

\_\_\_\_\_

전화번호

\_\_\_\_\_

고객 식별 번호(CIN)

\_\_\_\_\_

날짜

**법률 지원:** 무료 법률 지원이 필요하신 경우, 귀하 지역의 법률지원협회(Legal Aid Society) 또는 기타 법률 대리인 단체에 연락하시면 지원을 받으실 수 있습니다. 가까운 법률지원협회 또는 법률 대리인은 전화번호부의 ‘변호사(lawyers)’란에서 찾으실 수 있습니다.

**본인의 파일 및 증빙 서류 사본에 대한 접근 권한:** 귀하는 청문회 준비를 위해 귀하의 케이스 파일을 열람할 권리가 있습니다. RRDS에 전화 또는 서면으로 요청하면, RRDS는 청문회 때 담당 사무관에게 제출할 귀하의 파일에 포함된 서류 사본을 무료로 제공해 드립니다. 또한, RRDS에 전화 또는 서면으로 요청하면 RRDS는 귀하가 청문회에 필요하다고 생각하는 기타 서류를 귀하의 파일에서 찾아 무료로 제공해 드립니다. 서류를 요청하거나 파일 열람 방법을 문의하려면, 본 통지서의 1페이지 상단에 기재된 전화번호로 전화하거나 주소로 서신을 보내 RRDS에 연락하십시오. 귀하의 파일에 있는 서류의 사본을 원하는 경우, 청문회가 열리기 전에 충분한 시간을 두고 요청해야 합니다. 별도로 요청하는 경우에만 우편으로 서류를 보내드립니다.

**안내:** 귀하의 파일, 청문회 요청 방법, 귀하의 파일 검토 방법 또는 추가 서류의 사본 입수 방법에 관해 자세한 정보를 원하시는 경우, 이 통지서의 1페이지에 나와 있는 전화번호/주소로 RRDS에 연락하거나 우편을 보내십시오.