



STATE OF NEW YORK DEPARTMENT OF HEALTH

Corning Tower The Governor Nelson A. Rockefeller Empire State Plaza Albany, New York 12237

Antonia C. Novello, M.D., M.P.H.
Commissioner

Dennis P. Whalen
Executive Deputy Commissioner

INFORMATIONAL LETTER

TRANSMITTAL: 03 OMM/INF-01

TO: Commissioners of
Social Services

DIVISION: Office of Medicaid
Management

DATE: August 14, 2003

SUBJECT: New Statewide manual notice "DOH-4272 NOTICE OF ACCEPTANCE FOR FAMILY HEALTH PLUS"

SUGGESTED

DISTRIBUTION: Local District Commissioners
Medical Assistance Staff
Public Assistance Staff
Staff Development Coordinators

CONTACT PERSON: Local District Liaison
Upstate: (518) 474-8216
New York City: (212) 268-6855

ATTACHMENTS: I: DOH-4272, NOTICE OF ACCEPTANCE FOR FAMILY HEALTH PLUS
II: DOH-4272S, NOTICE OF ACCEPTANCE FOR FAMILY HEALTH PLUS (Spanish)

FILING REFERENCES

Previous ADMs/INFs	Releases Cancelled	Dept. Regs.	Soc. Serv. Law & Other Legal Ref.	Manual Ref.	Misc. Ref.
01 OMM/ADM-6					

Date: August 14, 2003

Trans. No. 03 OMM/INF-01

Page No. 2

This INF introduces the following new Statewide mandated form: DOH-4272
NOTICE OF ACCEPTANCE FOR FAMILY HEALTH PLUS.

Previously, districts were instructed to reproduce locally the Family Health Plus Notice of Acceptance, Attachment XII of Administrative Directive, 01 OMM/ADM-6. This notice has since been produced on NCR paper for use by local districts. It has been renamed "NOTICE OF ACCEPTANCE FOR FAMILY HEALTH PLUS" and assigned the form number DOH-4272.

Districts were also instructed to attach the LDSS-3622, "Notice of Decision on your Medical Assistance Application", to the FHPlus Notice of Acceptance in order to provide the recipient with fair hearing language. This is no longer necessary when using the NOTICE OF ACCEPTANCE FOR FAMILY HEALTH PLUS, as fair hearing language is printed on the back of the notice.

Minor revisions were made in the text of the Family Health Plus Notice of Acceptance. Included in the changes are:

- A new sentence, "As explained below, you will be eligible for Family Health Plus when your plan enrollment has been completed", has been added in the first paragraph.
- A new sentence, "We are processing your enrollment in this plan", has been added in the sixth paragraph.
- A new bullet and sentence was added above the last paragraph, which reads: "You told us your countable resources are over the Public Assistance limit of \$ _____".
- Several paragraphs were reordered.

The NOTICE OF ACCEPTANCE FOR FAMILY HEALTH PLUS informs the new applicant of approval of eligibility for FHPlus and the name of the Managed Care Organization (MCO) selected by the applicant. It includes the reason(s) for ineligibility for Medical Assistance, and information on spenddown can be checked when appropriate. It also contains language to notify enrollees of their right to transfer to another MCO within 90 days after their effective date of enrollment. This notice must be sent manually.

Upstate districts will be sent an initial supply of the new NOTICE OF ACCEPTANCE FOR FAMILY HEALTH PLUS. Upon receipt of these forms, any previous versions of the Family Health Plus Notice of Acceptance should be destroyed. Districts with approved local equivalents of Attachment XII of 01 OMM/ADM-6, must duplicate the language changes provided in this notice in order to continue using such forms.

This notice is available in English and Spanish.

Instructions for re-ordering additional forms will be forthcoming.

Kathryn Kuhmerker
Deputy Commissioner
Office of Medicaid Management

NOTICE OF ACCEPTANCE FOR FAMILY HEALTH PLUS

NOTICE DATE:		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE		
CASE NUMBER	CIN/RID NUMBER			
CASE NAME (and C/O Name if Present) AND ADDRESS				
		GENERAL TELEPHONE NO. FOR QUESTIONS OR HELP _____		
		OR Agency Conference _____ Fair Hearing Information and Assistance _____ Record Access _____ Legal Assistance Information _____		
OFFICE NO.	UNIT NO.	WORKER NO.	UNIT OR WORKER NAME	TELEPHONE NO.

We have accepted your application dated _____ for Family Health Plus for _____ (name(s)). As explained below, your Family Health Plus coverage will begin when your plan enrollment has been completed.

This is because your gross income of \$_____ is under the Family Health Plus income level of \$_____.

Please look at the budget calculation section to see how we figured your income.

Under Family Health Plus, you must enroll in a health plan to receive your medical services. You have chosen _____ as your health plan. We are processing your enrollment in this plan. The health plan will notify you of the date that you can start using the medical services provided by the plan. You will have 90 days from this date to change your plan for any reason. You can only do this if there is another health plan available in your area. After 90 days, you will not be able to change your health plan for the next 9 months, unless you have a good reason.

Family Health Plus provides health insurance coverage for a limited service package for certain individuals who are age 19 through 64, and who cannot get Medical Assistance because their income or resources are too high.

The services which are not covered under Family Health Plus, but are covered under Medical Assistance include: long term home health care, institutional long term care, personal care and non-emergency transportation.

(Note: If you become pregnant after your enrollment in Family Health Plus is effective, you have a choice of remaining in Family Health Plus or enrolling in Medical Assistance. You should discuss this choice with your doctor and the local department of social services office so that you can make the decision that best meets your needs.)

We also evaluated your eligibility for the Medical Assistance service package. You were not eligible for Medical Assistance because:

- Your net income (gross income less Medical Assistance deductions) of \$_____ is over the Medical Assistance income limit of \$_____. The amount over the income limit is called excess income or spenddown.
- You told us your countable resources are over the Medical Assistance resource limit of \$_____. The amount over the resource limit is called excess resources or spenddown.
- SPENDDOWN ELIGIBLES ONLY:
At the time of your interview for medical insurance coverage, the options of Family Health Plus and Medical Assistance with a spenddown were explained to you. You chose to participate in Family Health Plus rather than Medical Assistance with a spenddown. If you decide that you want to change to Medical Assistance with a spenddown, contact your worker. If you choose spenddown, you may need to verify your resources, if you have not already done so, since there is a resource limit.
- Your gross income of \$_____ is over 185% of the Public Assistance Standard of Need of \$_____.
- Your net income (gross income less Medical Assistance deductions) of \$_____ is over the Public Assistance Standard of Need of \$_____.
- You told us your countable resources are over the Public Assistance resource limit of \$_____.

Persons who are age 21 through 64, and are not pregnant or certified blind or disabled or caring for their related children under 21 years of age, must meet the requirements of the Public Assistance Program in order to be eligible for Medical Assistance.

This decision is based on Regulation 18 NYCRR 360-4.7, 360-4.8 and Section 369-ee of the Social Services Law.

REGULATIONS REQUIRE THAT YOU IMMEDIATELY NOTIFY THIS DEPARTMENT OF ANY CHANGES IN NEEDS, INCOME, RESOURCES, LIVING ARRANGEMENTS OR ADDRESS

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION
BE SURE TO READ THE BACK OF THIS NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION**

RIGHT TO A CONFERENCE: You may have a conference to review these actions. 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 us at the number on the first page of this notice or by sending a written request to us at the address listed at the top of the front page of this notice. 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. Read below for fair hearing information.

RIGHT TO A FAIR HEARING: If you believe that the above action is wrong, 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) 852-4868

If you live in: Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne or Yates County: (716) 266-4868

If you live in: Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins or Tioga County: (315) 422-4868

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

If you live in: Nassau or Suffolk County: (516) 739-4868

OR

(2) Writing: By sending a copy of this notice **completed**, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, 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: _____

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, paystubs, receipts, medical bills, heating bills, medical verification, letters, etc. that may be helpful in presenting your case.

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 the number indicated on the front of this notice.

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case file. If you call or write to us, we will provide you with free copies of the documents from your file which we will give to the hearing officer at the fair hearing. Also, if you call or write to us, we will provide you with free copies of other documents from your file which you think you may need to prepare for your fair hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call us at the Record Access telephone number listed at the top of the front of this notice or write us at the address printed at the top of the front of this notice.

If you want copies of documents from your case file, you should ask for them ahead of time. They will be provided to you within a reasonable time before the date of the hearing. Documents will be mailed to you only if you specifically ask that they be mailed.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a fair hearing, how to see your file, or how to get additional copies of documents, call us at the telephone numbers listed at the top of the front of this notice or write to us at the address printed at the top of the front of this notice.

NOTIFICACION DE ACEPTACION PARA FAMILY HEALTH PLUS

FECHA DEL AVISO:		NOMBRE Y DIRECCION DE LA AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO		
NUMERO DE CASO	NUMERO CIN			
NOMBRE DEL CASO (Y Nombre del C/O Si Esta Presente) Y DIRECCION				
		NO. DE TELEFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____		
		<input type="radio"/> para Conferencia con la Agencia _____ informacion y asistencia Sobre Vista Imparcial _____ Acceso a Archivos/Records _____ informacion sobre Asistencia Legal _____		
OFICINA NO.	UNIDAD NO.	NO. del Trabajador(a)	NOMBRE DEL TRABAJADOR(A) O DE LA UNIDAD	NO. DE TELEFONO
<p>Nosotros hemos aceptado su solicitud fechada _____ para Family Health Plus para _____ (nombre(s)). Como se le explica abajo, su cobertura de Family Health Plus comenzara cuando su inscripcion para el plan haya sido completada.</p> <p>Esto se debe a que su ingreso bruto de \$ _____ esta bajo el nivel de ingreso de Family Health Plus de \$ _____.</p> <p>Favor de fijarse en la seccion referente al calculo del presupuesto para ver como ciframos su ingreso.</p> <p>Bajo Family Health Plus, tiene usted que inscribirse en un plan de salud para recibir los servicios medicos que necesite. Ha elegido usted _____ como su plan de salud. Estamos procesando su inscripcion en este plan. El plan de salud le notificara la fecha desde la que podra empezar a utilizar los servicios medicos permitidos por el plan. Usted tiene 90 dias desde esa fecha para cambiar su plan por la razon que sea. Usted solo puede hacer eso si hay algun otro plan de salud disponible en su area. Despues de los 90 dias, no podra cambiar su plan de salud en los 9 meses siguientes, a menos que tenga razones de fuerza mayor.</p> <p>Family Health Plus provee cobertura de seguro de salud por un conjunto de servicios limitados a ciertos individuos que tienen entre los 19 a 64 anos, los cuales no pueden obtener Asistencia Medica debido a que sus ingresos o recursos son demasiado altos.</p> <p>Los servicios que no estan cubiertos bajo Family Health Plus pero si lo estan bajo Asistencia Medica incluyen: atencion sanitaria en casa de larga duracion, cuidados institucionales de larga duracion, atencion personal y transporte de no urgencia.</p> <p><i>(Aviso: Luego de que su inscripcion en Family Health Plus entre en vigor, si esta embarazada, usted puede elegir a permanecer en Family Health Plus o inscribirse en Asistencia Medica. Usted debe de discutir su eleccion con su medico y la oficina local de servicios sociales para que pueda tomar una decision que mejor pueda cumplir con sus necesidades.)</i></p> <p>Tambien estuvimos evaluando su elegibilidad para el paquete de servicios de Asistencia Medica. Usted no resulto elegible para Asistencia Medica porque:</p> <p><input type="checkbox"/> Sus ingresos neto (ingresos bruto menos las deducciones de Asistencia Medica) de \$ _____ excede el limite de ingresos de Asistencia Medica de \$ _____. La cantidad que excede el limite se denomina ingreso excesivo o "spenddown".</p> <p><input type="checkbox"/> Usted nos dijo que su recursos contable excede el limite de recursos de Asistencia Medica de \$ _____. La cantidad que excede el limite se denomina recursos excesivos o "spenddown".</p> <p><input type="checkbox"/> SOLO PERSONAS ELEGIBLES PARA SPENDDOWN: Las opciones de Family Health Plus y Asistencia Medica con spenddown de ingresos le fueron explicadas al mismo tiempo de su entrevista para la cobertura del seguro medico. Usted eligio participar en Family Health Plus en lugar de Asistencia Medica con spenddown de ingresos. Si usted decide que quiere cambiar a Asistencia Medica con spenddown de ingresos contacte con su trabajador(a) social. Si usted elegido la opcion de spenddown es posible que tendra que verificar sus recursos, si todavia no lo hecho, dado que hay un limite de recursos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sus ingresos bruto de \$ _____ excede el 185% de la Norma de Necesidad (Standard of Need) de Asistencia Publica de \$ _____. <input type="checkbox"/> Sus ingresos neto (ingresos bruto menos las deducciones de Asistencia Medica) de \$ _____ excede el limite de ingresos de Asistencia Publica de \$ _____. <input type="checkbox"/> Usted nos dijo que su recursos contable excede el limite de recursos de Asistencia Publica de \$ _____.</p> <p>Las personas de edad entre 21 a 64 anos y que no estan embarazadas, o no son ciegos certificadas o incapacidas, o no estan cuidando a sus hijos que son menores de 21 anos, deben satisfacer los requisitos del programa de Asistencia Publica para que ser elegible para de Asistencia Medica.</p> <p>Esta decision esta basada en la regulaciones 18 NYCRR 360-4.7, 360-4.8 y la seccion 369-ee de la ley de Servicios Sociales.</p>				

LAS REGULACIONES VIGENTES EXIGEN QUE USTED NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO SOBRE CUALESQUIER CAMBIO EN NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, ARREGLOS DE VIVIENDA O DIRECCION.

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION. CERCIORESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACION SOBRE COMO APELAR ESTA DECISION.

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para revisar estas acciones. Si usted desea una conferencia, debe solicitar una tan pronto como sea posible. En la conferencia, si descubrimos que tomamos la decisión equivocada o si, debido a información que usted proporcione decidimos cambiar nuestra decisión, tomaremos acción correctiva y le proporcionaremos un nuevo aviso. Usted puede solicitar una conferencia llamándonos al número que aparece en la primera página de este aviso o enviándonos una petición por escrito a la dirección que se menciona en la parte superior de la portada de este aviso. Este número se utiliza sólo para solicitar una conferencia. **No es la manera de solicitar una audiencia justa (fair hearing, en inglés).** Si solicita una conferencia usted aún tiene derecho a una audiencia justa. Lea más adelante acerca de la información de audiencia justa.

DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA: Si usted piensa que la acción anterior está equivocada, usted puede solicitar una audiencia justa Estatal:

(1) Llamando por teléfono: (POR FAVOR TENGA A LA MANO ESTE AVISO CUANDO LLAME)

- Si vive en:** La Ciudad de Nueva York (Manhattan, Bronx, Brooklyn, Queens, Staten Island): (212) 417-6550
- Si vive en:** Los Condados de Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Genesee, Niagara, Orleans o Wyoming: (716) 852-4868
- Si vive en:** Los Condados de Allegany, Chemung, Livingston, Monroe, Ontario, Schuyler, Seneca, Steuben, Wayne o Yates: (716) 266-4868
- Si vive en:** Los Condados de Broome, Cayuga, Chenango, Cortland, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego, St. Lawrence, Tompkins o Tioga: (315) 422-4868
- Si vive en:** Los Condados de Albany, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Orange, Otsego, Putnam, Rensselaer, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Sullivan, Ulster, Warren, Washington o Westchester: (518) 474-8781
- Si vive en:** Los Condados de Nassau o Suffolk: (516) 739-4868

Ó

(2) Escribiendo: Enviando una copia de este aviso **debidamente llenado**, a la Oficina de Audiencias Administrativas de la Oficina de Asistencia Temporal y de Discapacidades del Estado de Nueva York a la siguiente dirección: Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Por favor conserve una copia para usted.

Deseo una audiencia justa. La acción de la Agencia está equivocada debido a:

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

USTED TIENE 60 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA JUSTA

Si usted solicita una audiencia justa, el Estado le enviará un aviso informándole de la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene derecho a que un asesor jurídico, un familiar, un(a) amigo(a) u otra persona lo(a) represente o a representarse a sí mismo(a). Durante la audiencia usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia por escrito y verbal para demostrar por qué no se debe tomar la acción, así como también la oportunidad de cuestionar a cualquier persona que comparezca durante la audiencia. También tiene derecho a presentar testigos para que hablen en su favor. Usted debe traer a la audiencia cualquier documento, como por ejemplo, este aviso, talones de sueldo, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, verificación médica, cartas, etc. que puedan ser útiles para presentar su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, es posible que usted pueda obtener dicha asistencia comunicándose con la Sociedad de Asistencia Legal local u otro grupo defensor legal. Usted puede localizar a la Sociedad de Asistencia Legal (Legal Aid Society, en inglés) o grupo defensor más cercano revisando las Páginas Amarillas de su directorio telefónico bajo el título "Lawyers" (que significa "Abogados") o llamando al número que se indica al frente de este aviso.

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y A COPIAS DE LOS DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene derecho a revisar su archivo de caso. Si llama o nos escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de su archivo que nosotros le proporcionaremos al oficial de audiencia durante la audiencia justa. También, si usted llama o nos escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de otros documentos de su archivo que pensemos que usted puede necesitar para prepararse para su audiencia justa. Para solicitar documentos o para determinar cómo revisar su archivo, llámenos al número de teléfono de la Sección de Acceso a Archivos (Record Access, en inglés) que se encuentra en la parte superior del frente de este aviso o escribanos a la dirección impresa en la parte superior del frente de este aviso.

Si usted desea obtener copias de los documentos de su archivo de caso, debe solicitarlas por anticipado. Se le proporcionarán en un tiempo razonable antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo únicamente si usted específicamente solicita que se le envíen por correo.

INFORMACIÓN: Si usted desea información adicional acerca de su caso, cómo solicitar una audiencia justa, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, por favor llámenos a los números de teléfono que se mencionan en la parte superior del frente de este aviso o escribanos a la dirección impresa en la parte superior del frente de este aviso.