TO: Local District Commissioners, Medicaid Directors, Temporary Assistance Directors, and CNS Coordinators

FROM: Betty Rice, Director
Division of Consumer and Local District Relations

SUBJECT: Updated Fair Hearing Language

EFFECTIVE DATE: Immediately

CONTACT PERSON: Bureau of Local District Support
Upstate (518) 474-8216 NYC (212) 268-6855

GIS 04 TA/OAH011 informed local districts that effective March 15, 2004 the Office of Administrative Hearings was establishing a statewide toll-free phone number for recipients and their representatives to use when requesting a hearing or calling for other hearing related purposes. The previously used remote call forward phone lines in Buffalo (716-852-4868), Rochester (716-266-4868), Syracuse (315-428-4868), Hempstead (516-739-4868), and New York City (212-417-6550) and the Albany local lines (518-474-8781, 474-5603, 474-5604) were to be continued for three months. These phone numbers have now been discontinued.

The new statewide toll-free request number is 800-342-3334.

Local districts must assure that all manual notices contain the correct fair hearing information.

Attached are copies of the fair hearing language for Upstate notices with the new toll-free number. Please note, that there are two copies, one with “aid continuing” language and one with “no aid continuing” language. These copies are provided in both Spanish and English. Districts must either use the language provided with this GIS or make pen and ink changes to the existing notices. Under “Right to a Fair Hearing”, cross out district specific phone numbers and add the toll-free number. As notices are re-printed, they will contain the correct fair hearing language.

Up State no aid continuing

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) **Telephone:** You may call the state wide toll free number: 800-342-3334 (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL); **OR**

2) **Fax:** Send a copy of this notice to fax no. (518) 473-6735; **OR**

3) **On-Line:** Complete and send the online request form at: **http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp; OR**

4) **Write:** Send a copy of this notice **completed**, to the Fair Hearing Section, 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:_____

_____

_____

Print Name: _____ Case Number_____

Address: _____Telephone: _____

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, pay stubs, 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.

ATTENTION: Children under 19 years of age who are not eligible for Child Health Plus A or other health insurance may be eligible for the Child Health Plus B Insurance Plan (Child Health Plus B). The plan provides health care insurance for children. Call 1-800-522-5006 for information.

Upstate no aid continuing

DERECHO A CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para rever estas medidas. Si desea tal conferencia, debe solicitarla lo antes posible. Si en el transcurso de la conferencia descubrimos que hemos tomado una decisión equivocada o si, en base a la información que usted proporcione, determinamos que debemos cambiar nuestra decisión, realizaremos las correcciones necesarias y le entregaremos una nueva notificación. Puede solicitar una conferencia llamando al número que figura en el anverso de esta notificación o escribiendo a la dirección que figura en la parte superior del anverso de esta notificación. A este número se llama sólo para solicitar conferencias. ***Esta no es la manera en la cual usted debe solicitar una audiencia imparcial.*** Aun cuando usted solicite una conferencia, tiene derecho a una audiencia imparcial. Lea más abajo para obtener información sobre audiencias imparciales.

DERECHO A AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted cree que la medida indicada más arriba es incorrecta, puede solicitar una audiencia imparcial por las siguientes vías:

1) **Por teléfono:** Puede llamar a la línea estatal gratuita: 800-342-3334 *(*TENGA A MANO ESTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME*)*

2) **Por Fax:** Envíe una copia de esta notificación al número de fax: (518) 473-6735

3) **Por Internet:** Complete y envíe el formulario electrónico de solicitud que encontrará en: . **http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp**

4) **Por escrito:** Complete y envíe todas las partes de esta notificación a: *Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201.* Conserve una copia para sus archivos personales.

☐ Deseo una audiencia imparcial. La determinación de la Agencia fue incorrecta porque:_____

_____

_____

Nombre en letra de imprenta: _____ Número de caso: _____

Dirección: _____Teléfono: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le informará por escrito cuándo y dónde se realizará la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo u otra persona, o de representarse a sí mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante, tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué la medida no debe hacerse efectiva, como así también, la oportunidad de interrogar a cualquier persona que comparezca en la audiencia.También tiene el derecho de presentar testigos que puedan avalar su caso. Se le sugiere traer todo documento que tenga, como por ejemplo, esta notificación, comprobantes de pagos salariales, recibos, facturas médicas, cuentas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc. que pueda ser de utilidad en la exposición de su caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtenerla poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal local u otra asociación de representación legal. Puede encontrarlas en las Páginas Amarillas bajo “Lawyers” (Abogados) o llamando al número que figura en el anverso de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: En preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si nos llama o nos escribe, le proporcionaremos sin cargo copias de los documentos contenidos en su expediente, las que también entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si usted nos llama o nos escribe, le enviaremos, sin cargo, copias de otros documentos contenidos en su archivo que usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su expediente, llame al número de teléfono de Acceso a Archivos que figura en la parte superior del anverso de esta notificación o escríbanos a la dirección que figura en el mismo lugar.

Si desea obtener copias de documentos contenidos en el expediente de su caso, se le sugiere solicitarlas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso razonable de tiempo, antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que figuran en la parte superior del anverso de esta notificación o escríbanos a la dirección que figura en el mismo lugar.

ATENCIÓN: Es posible que los menores de 19 años de edad no habilitados para recibir Child Health Plus A u otro seguro de salud, puedan reunir las condiciones para el plan de seguro médico Child Health Plus B. Este es un plan de seguro de salud para niños. Para obtener información, llame al 1-800-522-5006.

Up State aid continuing

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 first 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. 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. 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) **Telephone:** You may call the state wide toll free number: 800-342-3334 (PLEASE HAVE THIS NOTICE WITH YOU WHEN YOU CALL); **OR**

2) **Fax:** Send a copy of this notice to fax no. (518) 473-6735; **OR**

3) **On-Line:** Complete and send the online request form at: **http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp; OR**

4) **Write:** Send a copy of this notice **completed**, to the Fair Hearing Section, 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:_____

_____

_____

_____

Print Name: _____ Case Number_____

Address: _____Telephone: _____

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.

CONTINUING YOUR BENEFITS: If you request a fair hearing before the effective date stated in this notice, you will continue to receive your benefits unchanged until the fair hearing decision is issued. However, if you lose the fair hearing, we may recover the cost of any Medical Assistance 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 Medical Assistance 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 the number indicated on the first page 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 page 1 of this notice or write us at the address printed at the top of page 1 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 page 1 of this notice or write to us at the address printed at the top of page 1 of this notice.

ATTENTION: Children under 19 years of age who are not eligible for Child Health Plus A or other health insurance may be eligible for the Child Health Plus B Insurance Plan (Child Health Plus B). The plan provides health care insurance for children. Call 1-800-522-5006 for information.

Up State aid continuing

DERECHO A CONFERENCIA: Usted puede tener una conferencia para rever estas medidas. Si desea tal conferencia, debe solicitarla lo antes posible. Si en el transcurso de la conferencia descubrimos que hemos tomado una decisión equivocada o si, en base a la información que usted proporcione, determinamos que debemos cambiar nuestra decisión, realizaremos las correcciones necesarias y le entregaremos una nueva notificación. Puede solicitar una conferencia llamando al número que figura en el anverso de esta notificación o escribiendo a la dirección que figura en la parte superior del anverso de esta notificación. A este número se llama sólo para solicitar conferencias. ***Esta no es la manera en la cual usted debe solicitar una audiencia imparcial.*** Aun cuando usted solicite una conferencia, tiene derecho a una audiencia imparcial. Si desea que continúen sus beneficios sin cambios (asistencia ininterrumpida) hasta que se toma una decisión en la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de una de las maneras a continuación. Lea a continuación para obtener información sobre audiencias imparciales.

DERECHO A AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted cree que la medida indicada más arriba es incorrecta, puede solicitar una audiencia imparcial por las siguientes vías:

1) **Por teléfono:** Puede llamar a la línea estatal gratuita: 800-342-3334 *(*TENGA A MANO ESTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME*)*

2) **Por Fax:** Envíe una copia de esta notificación al número de fax: (518) 473-6735

3) **Por Internet:** Complete y envíe el formulario electrónico de solicitud que encontrará en: . **http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp**

4) **Por escrito:** Complete y envíe todas las partes de esta notificación a: *Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201.* Conserve una copia para sus archivos personales.

☐ Deseo una audiencia imparcial. La determinación de la Agencia fue incorrecta porque:_____

_____

_____

Nombre en letra de imprenta: _____ Número de caso: _____

Dirección: _____Teléfono: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le informará por escrito cuándo y dónde se realizará la audiencia. Usted tiene el derecho de ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo u otra persona, o de representarse a sí mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante, tendrá la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué la medida no debe hacerse efectiva, como así también, la oportunidad de interrogar a cualquier persona que comparezca en la audiencia.También tiene el derecho de presentar testigos que puedan avalar su caso. Se le sugiere traer todo documento que tenga, como por ejemplo, esta notificación, comprobantes de pagos salariales, recibos, facturas médicas, cuentas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc. que pueda ser de utilidad en la exposición de su caso. Si necesita un intérprete, infórmeselo al Estado cuando solicite la audiencia.

CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS: Si usted solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de puesta en vigencia indicada en esta notificación, continuará recibiendo sus mismos beneficios hasta que la audiencia imparcial haya dado a conocer su decisión. Sin embargo, si usted pierde en la audiencia imparcial, nosotros podemos recuperar el costo de cualquier beneficio de Asistencia Médica que usted no debería haber recibido. Si desea evitar esta posibilidad, marque el casillero que aparece más abajo, indicando que no desea que su asistencia continúe, e incluya esta página junto con su solicitud de audiencia. Si marca el casillero, la medida descripta anteriormente será tomada en la fecha de puesta en vigencia indicada más arriba.

☐ Yo estoy de acuerdo en que se tome la medida que afectará mis beneficios de Asistencia Médica, tal como se describe en esta notificación, antes de que se dé a conocer la decisión de la audiencia imparcial.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtenerla poniéndose en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal local u otra asociación de representación legal. Puede encontrar nombres de otros abogados en las Páginas Amarillas, bajo “Lawyers” (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: En preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si nos llama o nos escribe, le proporcionaremos, sin cargo, copias de los documentos contenidos en su expediente, las que también entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si usted nos llama o nos escribe, le enviaremos, sin cargo, copias de otros documentos contenidos en su archivo que usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Para solicitar documentos o para averiguar cómo revisar su expediente, llame al número de teléfono de Acceso a Archivos que figura en la parte superior del anverso de esta notificación o escríbanos a la dirección que figura en el mismo lugar.

Si desea obtener copias de documentos contenidos en el expediente de su caso, se le sugiere solicitarlas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso razonable de tiempo, antes de la fecha de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted lo solicita específicamente.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llámenos a los números de teléfono que figuran en la parte superior del anverso de esta notificación o escríbanos a la dirección que figura en el mismo lugar.

ATENCIÓN: Es posible que los menores de 19 años de edad no habilitados para recibir Child Health Plus A u otro seguro de salud, puedan reunir las condiciones para el plan de seguro médico Child Health Plus B. Este es un plan de seguro de salud para niños. Para obtener información, llame al 1-800-522-5006.