

WGIUPD

GENERAL INFORMATION SYSTEM

10/24/11

DIVISION: Office of Health Insurance Programs

PAGE 1

GIS 11 MA/022

TO: Local District Commissioners, Medicaid Directors

FROM: Judith Arnold, Director, Division of Coverage and Enrollment

SUBJECT: Revised "Notice of Decision on your Medicaid Application", OHIP-0053 (formerly DOH-4290)

EFFECTIVE DATE: Immediately

CONTACT PERSON: Local District Liaison
Upstate (518)474-8887 New York City (212)417-4500

The purpose of this General Information System (GIS) message is to advise local departments of social services (LDSS) of revisions made to the DOH-4290, "Notice of Decision on your Medical Assistance Application." The Department form number of this document has been changed from DOH-4290 to OHIP-0053 (06/11). The DOH-4290 will be removed from the electronic Library of Official Documents (<http://health.state.nyenet/revldssforms.htm>) and will be replaced with the OHIP-0053.

The attached eligibility notice was revised to be consistent with existing policy and make it easier to read and understand.

Districts are reminded that this notice must be reproduced as a legal size document and as a two-sided (not two-page) notice both in English and Spanish. It is particularly important that this notice be two-sided to ensure that the applicant is properly identified when the notice is received by the Office of Temporary and Disability Assistance for fair hearing purposes.

**NOTICE OF DECISION ON YOUR MEDICAID APPLICATION
MEDICAID/FAMILY HEALTH PLUS DENIAL/FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM DECLINATION**

NOTICE DATE: _____ CASE NUMBER _____ CIN/RID NUMBER _____ CASE NAME (and C/O Name if Present) AND ADDRESS _____		NAME AND ADDRESS OF AGENCY/CENTER OR DISTRICT OFFICE _____ 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 denied your application for Medicaid/Family Health Plus dated _____ for:

(Name) _____ Client I.D. # _____

(Name) _____ Client I.D. # _____

(Name) _____ Client I.D. # _____

You were not eligible for Medicaid because:

- Your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$ _____ is over the Medicaid income limit of _____. The amount over the Medicaid limit is called excess income or spenddown. Your monthly excess income amount is \$ _____. You do not have paid or unpaid medical expenses not covered by insurance that are equal to or more than your excess income amount. If you incur medical bills in the amount of your Medicaid excess income limit in the future, you may reapply. Please read the attached "Explanation of the Excess Income Program" and "Optional Pay-In Program".
 - Your countable resources of \$ _____ are over the Medicaid resource limit of \$ _____. The amount over the resource limit is called excess resources or spenddown. Please read the attached "Explanation of the Excess Resource Program".
- OR**
- You are age 21 through 64, and are not pregnant or certified blind or disabled or caring for your related children under 21 years of age, and:
 - your gross income of \$ _____ is over 185% of the Medicaid Standard of \$ _____.
 - your net income (gross income less Medicaid deductions) of \$ _____ is over the Medicaid Standard of \$ _____.

For individuals age 19 through 64, we also evaluated your eligibility for Family Health Plus. You were not eligible for Family Health Plus for the reasons noted below:

- You are not eligible for Family Health Plus because your gross income of \$ _____ is over the Family Health Plus income limit of \$ _____.
- You are not eligible for Family Health Plus because you have other insurance. Family Health Plus is a health care program for people who do not have any other health insurance, except for very limited exceptions. You have a health insurance plan that is not one of these exceptions, and it is not cost effective for Medicaid to pay the premium for your Employer Sponsored Health Insurance Plan. Therefore, you are not eligible for Family Health Plus.
- You are not eligible for Family Health Plus because you are eligible for employer sponsored health benefits through a federal plan.

You are determined to be financially eligible for the Family Planning Benefit Program, because your net income (gross income less Medicaid deductions) is at or below \$ _____, which is the Medicaid income limit for these services. **You have not been enrolled in the Family Planning Benefit Program, as you have chosen not to participate.**

Children up to age 19 may be eligible for Child Health Plus. Call 1-800-698-4543 for information.

Please be advised that you may reapply at any time in the future.

This decision is based on Sections 369-ee and 366(1)(a)(11) of the Social Services Law and 18 NYCRR 360-4.8.

We have enclosed a budget worksheet so that you can see how we determined your eligibility.

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) **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.ny.gov/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 Medicaid or other health insurance may be eligible for Child Health Plus Insurance. The plan provides health care insurance for children. Call 1-800-698-4543 for information.

**NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN TOMADA SOBRE SU SOLICITUD DE MEDICAID
DENEGACIÓN DE MEDICAID / FAMILY PLUS / DECLINACIÓN DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA / CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO		
NÚMERO DE CASO	NÚMERO CIN/RID			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo si está presente) Y DOMICILIO				
		NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA _____ ----- O bien, Conferencia con la Agencia _____ Audiencias Imparciales _____ Información y asistencia _____ Acceso a los Archivos _____ Información sobre Asesoramiento Legal _____		

Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	Nº DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR DE CASOS	Nº DE TELÉFONO
---------------	--------------	-------------------------------	---	----------------

Hemos rechazado su solicitud de Medicaid / Family Health Plus de fecha _____ para:

- (Nombre) _____ Nº de I.D. del Cliente _____
- (Nombre) _____ Nº de I.D. del Cliente _____
- (Nombre) _____ Nº de I.D. del Cliente _____

Usted no puede recibir Medicaid porque:

- Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) de \$ _____ sobrepasa el límite de ingresos de \$ _____ fijado por Medicaid. El monto que sobrepasa el límite se denomina ingreso excesivo o sobrante. El monto mensual de su ingreso excesivo es \$ _____. Usted no tiene facturas médicas pagas o impagas no cubiertas por un seguro médico cuyo monto sea igual o mayor al monto de su ingreso excesivo. Si en un futuro usted incurre facturas médicas por un monto equivalente al límite de ingresos excesivos fijado por Medicaid, puede volver a presentar una solicitud. Vea el adjunto titulado «Explicación del Programa de Ingresos Excesivos» y «Programa Opcional de Contribución de Pagos».
- Sus recursos contables de \$ _____ sobrepasan el límite de recursos de \$ _____ fijado por Medicaid. El monto que sobrepasa el límite de recursos se denomina recurso excesivo o sobrante. Vea el adjunto titulado «Explicación del Programa de Recursos Excesivos».
- O bien,**
- Usted tiene entre 21 a 64 años de edad, y no está embarazada o es persona oficialmente declarada ciega o incapacitada o está a cargo del cuidado de niños parientes menores de 21 años de edad.
- Su ingreso bruto de \$ _____ sobrepasa el 185% del Estándar de Medicaid fijado en \$ _____.
- Su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Asistencia Médica) de \$ _____ sobrepasa el Estándar de Medicaid fijado en \$ _____.

Si el solicitante tiene entre 19 y 64 años de edad, también hemos hecho una evaluación para saber si reúne los requisitos de Family Health Plus. Usted no reúne los requisitos de Family Health Plus por las siguientes razones:

- Usted no reúne los requisitos de Family Health Plus porque su ingreso bruto de \$ _____ sobrepasa el límite de ingresos de Family Health Plus fijado en \$ _____.
- Usted no reúne los requisitos de Family Health Plus porque usted tiene otro seguro. El seguro médico Family Health Plus es un programa de seguro de salud para aquellas personas que no tienen ningún otro tipo de seguro médico, con ciertas excepciones. Usted tiene un plan de seguro de salud que no está incluido en una de estas excepciones, ni tampoco es económico para los efectos de pagos de primas por Medicaid de su seguro de salud patrocinado por el empleador. Por lo tanto, usted no reúne los requisitos para recibir Family Health Plus.
- Usted no reúne los requisitos para recibir Family Health Plus porque usted puede recibir cobertura de seguro médico patrocinado por su empleador por medio de un plan federal.

Se determinó que usted reúne las condiciones financieras necesarias para participar en el Programa de Planificación Familiar porque el monto de su ingreso neto (ingreso bruto menos las deducciones de Medicaid) es equivalente o inferior a la cantidad de \$ _____, considerado el límite de ingresos de Medicaid para estos servicios. **Usted no ha sido inscrito en el Programa de Planificación Familiar porque usted eligió no participar.**

Los menores de 19 años pueden recibir Children Health Plus. Si desea información llame al 1-800-698-4543.

Recuerde que puede volver a presentar una solicitud en un futuro.

Esta decisión se basa en las Secciones 369-ee y 366(1)(a)(11) de la Ley de Servicios Sociales y 18 NYCRR 360-4.8.

Hemos incluido una hoja de cálculo presupuestario de manera que usted pueda ver cómo calculamos los beneficios para los cuales usted reúne los requisitos.

**LAS REGULACIONES VIGENTES EXIGEN QUE USTED NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO
SOBRE TODO CAMBIO EN NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, SITUACIÓN DE VIVIENDA O DOMICILIO
USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN
ASEGÚRESE DE LEER EL DORSO DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA INFORMARSE SOBRE CÓMO APELAR EN CONTRA DE ESTA
DECISIÓN**

DERECHO A UNA CONFERENCIA: usted puede solicitar una conferencia para examinar la decisión tomada. Si desea solicitar una conferencia, hágalo lo más pronto posible. Si en la conferencia nos percatamos que nuestra decisión es incorrecta; o si según la información que usted nos brinde, decidimos modificar la decisión tomada, tomaremos la medida correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Puede solicitar una conferencia llamando al número de teléfono que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una carta a la dirección que aparece en la primera página de esta notificación. Ese número es solamente para solicitar una conferencia **y no es la manera de solicitar una audiencia imparcial**. Tiene derecho a una audiencia imparcial aunque solicite una conferencia. Lea la siguiente información sobre audiencias imparciales.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: si usted cree que la decisión descrita anteriormente es incorrecta, puede solicitar una audiencia estatal imparcial de las siguientes maneras:

- 1) **Teléfono:** llame al número de teléfono estatal libre de cargos: 800 -342-3334 (FAVOR DE TENER A MANO ESTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME)
- 2) **Fax:** envíe una copia de esta notificación al número de fax: (518) 473-6735
- 3) **Por internet:** rellene una petición electrónica en el siguiente sitio:

<http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>; OR

- 4) **Por escrito:** rellene este aviso en su **totalidad** y envíe una copia a: *Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201*. Favor de quedarse con una copia.

Deseo una audiencia imparcial. La decisión de la agencia es incorrecta porque: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Nº de caso: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

USTED TIENE 60 DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN ESTA NOTIFICACIÓN, PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole dónde y cuándo se llevará a cabo la audiencia. Usted tiene derecho a ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo(a) u otra persona, o de representarse a sí mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué no se debe tomar la medida, como también la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca a la audiencia. Además, usted tiene el derecho de presentar testigos que avalen su caso. Le sugerimos traer consigo todo documento pertinente que avale su caso, tales como esta notificación, talonarios de cheques de pago, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc.

ASISTENCIA LEGAL: si necesita asesoría legal gratuita, podría obtenerla llamando al número local de la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal. Puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal u otra asociación de defensa legal en las Páginas Amarillas del directorio telefónico, bajo «*Lawyers*» (abogados) o llamando al número que aparece en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: en preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos copias gratis de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe, le brindaremos copias gratis de otros documentos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al número de teléfono de Acceso a Archivos que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación, o mande una carta a la dirección indicada en la primera página de esta notificación.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente los solicita.

INFORMACIÓN: si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en la primera página de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en la parte superior de esta notificación.

ATENCIÓN: los menores de 19 años que no reúnan los requisitos de Medicaid o de otro seguro de salud podrían reunir los requisitos del seguro de salud Child Health Plus (CHPlus). El plan brinda seguro de salud para niños. Si desea información llame al 1-800-698-4543.