



FMGJMAVJX OFRXLJBLT
71 Ssum St,66 GLAB st
Pawtucket, RI 02860

Como Entrar Em Contacto Connosco
Vá online : <https://healthyrhode.ri.gov>

Para perguntas sobre cobertura de saúde acessível,
ligue para o HealthSource RI através do número
1-855-840-4774

Para perguntas sobre cobertura de saúde acessível ou
programas de serviços humanos, ligue para o
Departamento de Serviços Humanos através do
número 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

AVISO BENEFÍCIOS DECISÃO

Este aviso te informa sobre sua Saúde e Programa de Benefícios Serviços Humanos. Esta página lhe informa nossa decisão sobre os seus benefícios. Você vai encontrar mais detalhes nas próximas páginas. Se você tiver alguma dúvida, por favor contacte-nos.

Resumo de Benefícios

Programa	Decisão
Cobertura de Saúde	A sua cobertura de saúde está a ser renovada.

Se você não concordar com esta decisão, poderá solicitar uma audiência para recorrer. Há mais informações sobre o processo de recurso no final deste aviso.

Ver a sua conta online ou na sua Aplicação Móvel

As suas informações sobre benefícios também estão disponíveis quando aceder à sua conta em <https://healthyrhode.ri.gov> ou descarregando a aplicação móvel HealthyRhode no seu telemóvel. Pode aceder à sua conta utilizando o seu nome de utilizador ██████████. Se não se lembrar da sua senha, poderá recuperá-la carregando em LOG IN e depois em Esqueceu o nome de utilizador/senha? em <https://healthyrhode.ri.gov>. Através da sua conta, pode solicitar e renovar os seus benefícios e relatar alterações.



Account # [REDACTED]

Detalhes dos benefícios sobre sua Cobertura De Saúde

Com base nas informações que recebemos de si ou de fonte externa, efetiva a 05/13/2023, houve uma alteração na sua qualificação para a Cobertura de Saúde. Veja os detalhes abaixo.

Nome do indivíduo: [REDACTED]	Data de Nascimento: [REDACTED]	
Período Efetivo / Data(s) efetiva(s)	Tipo de Assistência ou Cobertura	Decisão e informação adicional
06/01/2023 a 05/31/2024	MAGI Medicaid	Approved

O limite de rendimentos anuais para um agregado familiar do seu tamanho é:

Adultos sem filhos:	\$20,120.40
Pais:	\$20,557.80
Crianças:	\$38,782.80
Mulheres grávidas:	\$37,616.40

Informação sobre o seu Medicaid ID:

O seu Medicaid ID é um número de identificação exclusivo atribuído a si, que pode ser visto no seu cartão Medicaid Anchor Branco e através da sua conta online. Um cartão Medicaid Anchor Branco será enviado a cada pessoa qualificada na sua família. Mostre o seu cartão Medicaid Anchor Branco e quaisquer outros cartões de seguro de saúde que tenha a todos os provedores de cuidados de saúde quando receber os serviços. O cartão Medicaid Anchor Branco é um meio permanente de identificar a elegibilidade para o Programa Medicaid. Guarde este cartão num local seguro.

Medicaid Saúde Detalhes Cobertura para:

[REDACTED]

Medicaid: Renovação Anual

Por favor, veja abaixo a(s) data(s) de renovação para os membros da sua família:

Nome individual	Data de renovação
[REDACTED]	05/31/2024

A elegibilidade é renovada anualmente. Entraremos em contacto consigo sobre a elegibilidade dos membros do seu agregado familiar, pelo menos, 60 dias antes da renovação anual.

Cobertura Medicaid para os membros mencionadas acima da sua residência foi renovado. Os membros da sua família listadas acima foram encontrados elegíveis para o Medicaid a partir 06/01/2023.

Inscrever-se num Plano de Saúde do Medicaid:



1. Cronograma de Inscrição

Se não selecionou um plano de saúde do Medicaid, tem 19 dias a partir da data de início de elegibilidade para fazê-lo.

2. Como escolho um plano de saúde?

Se ainda não escolheu um plano de saúde do Medicaid, por favor, acesse à sua conta no HealthSource RI e visite o seu Painel para as próximas etapas ou ligue para o número 1-855-840-4774 para fazer uma seleção.

Ao selecionar o seu plano de saúde, deve indicar os seus provedores atuais, para ter a certeza de que eles aceitam o plano de saúde que está a selecionar.

3. Precisa de ajuda para escolher um plano?

Se precisar de ajuda para selecionar um plano de saúde, pode entrar em contacto com um Conselheiro de Escolha através do telefone 1-855-840-4774. Se não selecionar um plano dentro de 19 dias, não poderá selecionar um e um plano será escolhido para si.

4. Diga-nos quem é o seu Médico de Cuidados Primários

Depois de selecionar um plano de saúde, também irá ser-lhe pedido que selecione um provedor de cuidados primários. Se não selecionar um neste momento, será selecionado um para si.

5. Depois de selecionar um plano de saúde

Irá receber um Pacote de Boas-Vindas e cartões de identificação do seu novo plano. Se precisar de serviços antes de receber os cartões de identificação do seu plano de saúde, pode usar o seu Cartão Medicaid Anchor. O cartão Medicaid Anchor deve ser usado até ao início da cobertura do seu plano de saúde.

6. Formas Disponíveis de Fazer a Seleção do Plano:

Pode selecionar e inscrever-se num plano:

Online. Visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Por telefone. Ligue 1-855-840-4774

O limite de rendimentos anuais para um agregado familiar do seu tamanho é:

Adultos sem filhos:	\$20,120.40
Pais:	\$20,557.80
Crianças:	\$38,782.80
Mulheres grávidas:	\$37,616.40

E se eu discordar da decisão sobre a minha Cobertura de Saúde?

Existem prazos para apresentar um recurso, por isso você deve agir rapidamente. Você pode recorrer das nossas decisões sobre a sua cobertura de saúde. Por exemplo, pode recorrer se achar que cometeu um erro no tamanho do seu agregado familiar, na renda e no tipo de cobertura ou o valor que você deve pagar, se houver. Também pode recorrer aos serviços de saúde que você recebe. Um recurso é apenas uma forma



Account #: 

de solicitar outra revisão de quaisquer decisões que fizemos, afetando a sua elegibilidade e/ou benefícios através de uma Audiência Administrativa Justa. Há mais informações sobre recursos e audiências posteriormente neste aviso.



Requisitos de comunicação de alterações

O Rhode Island Health Benefits Exchange requer que comunique as alterações que possam afetar a sua elegibilidade e participação ou a de qualquer membro do seu lar familiar. Tem de comunicar qualquer uma das alterações seguintes que o afetem a si ou a qualquer membro do seu agregado familiar no prazo de 10 dias

- Endereço da residência;
- Morada postal;
- Rendimento;
- Estado Civil;
- Pessoas que entraram ou saíram de sua casa, ou quem esteja na sua unidade de declaração de impostos;
- Gravidez de qualquer pessoa no seu agregado familiar;
- Estado de prisão ou institucionalização;
- Acesso a outra cobertura de seguro de saúde, incluindo elegibilidade para Medicare ou acesso a seguro através do seu trabalho ou através do trabalho de um familiar;
- Estado de imigração ou cidadania;
- Nascimento, adoção, alojamento para adoção, casamento, divórcio ou morte;
- Estado de declaração de imposto de rendimento federal; ou
- O número de dependentes referidos na declaração de impostos de rendimento federal.



Você tem o DIREITO de tratamento não discriminatório. De acordo com a lei Federal de direitos civis e com os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos da América (USDA), o USDA, as suas Agências, escritórios e funcionários, e instituições que participam ou administram programas do USDA são proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, religião, sexo, identidade de gênero (incluindo expressão de gênero), orientação sexual, deficiência, idade, estado civil, estado familiar/parental, rendimento derivado de um programa de assistência social, convicções políticas ou represálias ou retaliação por atividade anterior relacionada com direitos civis, em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA (nem todas as bases se aplicam a todos os programas). Resoluções e prazos de apresentação de reclamações variam de acordo com o programa ou incidente.

Pessoas com deficiências que necessitam de meios alternativos de comunicação para informações sobre os programas (por exemplo: Braille, letras grandes, gravação áudio, linguagem gestual americana, etc.) deverão entrar em contacto com a Agência responsável ou o Centro TARGET do USDA através do (202) 720-2600 (voz e TTY) ou entre em contacto com o USDA pelo Serviço Federal de Retransmissão através do número (800) 877-8339. Adicionalmente, as informações do programa podem ser disponibilizadas noutros idiomas, além do inglês. Para registar uma queixa de discriminação do programa, preencha o Formulário de Reclamação de Discriminação do Programa USDA, AD-3027, que pode encontrar na página on-line em <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> e em qualquer escritório do USDA ou escreva uma carta endereçada ao USDA e forneça na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de reclamação, ligue para o número (866) 632-9992. Envie o seu formulário preenchido ou carta ao USDA por: (1) correio: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) fax: (202) 690-7442; ou (3) correio eletrónico: program.intake@usda.gov. O USDA é um provedor de igualdade de oportunidades, empregador e credor.

De acordo com o Título VI da Lei dos Direitos Civis de 1964 (42 U.S.C. 2000d e segs.), Secção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, conforme alterado (29 USC 794), Lei dos Americanos com Deficiência (ADA) de 1990 (42 USC 12101 e segs.) e Título IX das Emendas de Educação de 1972 (20 USC 1681 e segs.), a Lei de Alimentação e Nutrição de 2008 (anteriormente o Food Stamp Act), o Ato de Discriminação de Idade de 1975, regulamentos de implementação do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (45 CFR Parts 80 e 84) e do Departamento de Educação dos EUA (34 CFR Parts 104 e 106) e do Departamento de Agricultura, Alimentação e Serviços de Nutrição dos EUA (7 CFR 272.6); o Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) e o Departamento de Serviços Humanos (DHS) não discriminam com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, religião, crenças políticas, idade ou sexo em aceitação ou provisão de serviços, emprego ou tratamento, em sua educação e outras atividades do programa. Sob outras disposições da lei aplicável, o EOHHS e o DHS não discriminam com base na orientação sexual, identidade de gênero ou expressão. Para obter mais informações sobre estas leis, regulamentos e procedimentos de reclamação para a resolução de queixas de discriminação, entre em contacto com o DHS através da morada 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971. Para fazer uma chamada utilizando o Rhode Island Relay, marque 7-1-1 ou ligue para um destes números gratuitos: TTY: 1-800-745-5555, Voz: 1-800-745-6575. O Oficial de Ligação de Relações com a Comunidade é o coordenador para a implementação do Título VI, o Administrador do Escritório de Serviços de Reabilitação (ORS) ou o seu designado é o coordenador para a implementação do Título IX, Secção 504, e ADA (Americans with Disabilities Act - Lei dos Americanos com Deficiência). O diretor do DHS ou o seu designado tem a responsabilidade geral pela conformidade dos direitos civis para todos os programas da agência. O Secretário do EOHHS é responsável pelas questões de discriminação relacionadas com o Medicaid e quaisquer queixas serão encaminhadas de acordo.

DIREITOS

Informação sobre a sua Cobertura e Direitos:

Tem o DIREITO de solicitar e, se considerado elegível, de receber prestações Medicaid ou do Programa de Assistência Nutricional Suplementar, com base nas políticas e normas estabelecidas ao abrigo das leis e regulamentos estaduais e federais.

Você pode ter o DIREITO de recorrer e ter uma Audiência Administrativa Justa se não concordar com as nossas decisões. Você pode:

- 1. Ligue-nos para discutir a decisão do benefício.** Contacte-nos para o número de telefone que está no topo da primeira página deste aviso. Certifique-se que tem este aviso e o número do processo/identificação quando nos ligar.
- 2. Recurso para uma Audiência Administrativa Justa.** Um recurso é uma solicitação formal para que a decisão seja revista numa audiência administrativa. Por favor, continue lendo para mais informações.



Account #: 

O Que é uma audiência justa?

Uma audiência justa é uma oportunidade para você dizer a um oficial da audiência administrativa porque razões você não concorda com a decisão da agência sobre a sua elegibilidade, benefícios e/ou quaisquer custos que deve pagar. Um representante da agência também estará presente na audiência para explicar a base da decisão da agência. Por lei, o oficial administrativo deve rever os factos do caso apresentado por ambos os lados de maneira justa e objetiva.

Prazos para recursos e pedidos de Audiência Justa

A tabela abaixo explica os prazos para apresentar um recurso para cada programa. Para alguns programas, os seus benefícios ou serviços podem ser continuar a ser prestados até que uma decisão de audiência seja tomada, se você meter um recurso dentro dos prazos mencionados na tabela.

Se falhar este prazo, poderá perder o direito a recorrer. Depois de ter preenchido e submetido o seu recurso, nós marcaremos a sua audiência e emitiremos uma decisão dentro de 90 dias ou 60 dias se a audiência se referir aos seus benefícios do SNAP (Programa de Assistência Nutricional Suplementar).

Uma decisão será emitida em todos os recursos da HealthSource RI dentro de 90 dias da data em que foi submetido o recurso, conforme administrativamente possível.

Programa	Você deve entrar com um recurso em:	Os benefícios continuarão se o recurso for feito dentro de 10 dias do aviso (“Auxílio pendente”)?
Medicaid	30 dias após a data de aviso, mais cinco dias para o tempo de envio	Sim, os benefícios continuarão automaticamente, a menos que nos indique o contrário
SNAP	90 dias a partir da data do aviso	Sim, os benefícios continuarão automaticamente, a menos que nos indique o contrário
CCAP	30 dias a partir da data do aviso	Os benefícios podem ser reduzidos até que uma decisão de audiência seja tomada.
GPA	10 dias a partir da data do aviso	Sim, mas o pedido deve ser feito por escrito.
Seguro Comercial de Saúde	30 dias após a data de aviso, mais cinco dias para o tempo de envio	Deve ligar para a HealthSource RI dentro de 30 dias a partir do aviso para solicitar Auxílio pendente.
Todos os outros programas	30 dias a partir da data do aviso	Sim.

Apelações rápidas

Você tem direito a uma apelação rápida se tiver uma necessidade imediata de serviços de saúde ou benefícios do SNAP e aguardar por uma apelação normal poderia colocar em sério risco sua vida ou saúde, ou capacidade de adquirir, manter ou recuperar função máxima. Devemos decidir apelações rápidas o mais depressa possível, dadas as circunstâncias. Se negarmos a sua solicitação para uma apelação rápida, devemos lhe informar rapidamente e devemos lidar com a sua apelação pelo nosso processo normal.

Direito de Continuar os Benefícios Enquanto Aguarda Audiência

Pode ter o direito de que os seus benefícios continuem inalterados enquanto espera pela sua audiência (isto é chamado de “Auxílio Pendente”). Exceto para o Seguro Comercial de Saúde através do HealthSource RI, se recorrer dentro de 10 dias, na maioria dos casos, irá receber automaticamente o Auxílio Pendente. A menos que possa provar o contrário, para o Medicaid e para o HealthSource RI, presumiremos que recebeu o aviso 5 dias após a data no aviso.



Se tem o Medicaid e recebe Auxílio Pendente, e depois perde o seu recurso, o Estado pode fazer com que pague os seus custos de cobertura do período de Auxílio Pendente. Para o HealthSource RI, o Auxílio Pendente só está disponível se estiver a recorrer a uma redeterminação de elegibilidade que ocorreu no prazo de 30 dias a contar da data do seu recurso, e a solicitação é feita por telefone à HealthSource RI através do número 1-855-840-HSRI (4774). Se está a receber benefícios fiscais para ajudar a pagar os seus prémios e recebe Auxílio Pendente e perde o seu recurso, então pode ficar a dever mais dinheiro aos seus impostos federais, no próximo ano. Se pagar prémios mensais, ainda deve pagar durante o período de Auxílio Pendente.

Se você recebe benefícios de SNAP, RIW ou GPA e receber “auxílio pendente”, e então você perder a sua apelação, você pode precisar devolver os benefícios que lhe foram dados, mas aos quais você não tinha direito durante este período.

Direito de se representar e direito de ser representado

Você tem o direito de se representar na audiência ou de ser representado por qualquer pessoa que você escolha, inclusive um procurador, advogado, amigo ou parente.

Assessoria jurídica está disponível junto a Rhode Island Legal Services, Inc. pelos telefones 274-2652 ou 1-800-662-5034. Se você optar por ter representação legal, o representante deve apresentar um pedido de comparecimento junto ao *Hearing Office*, por escrito, antes ou na data da audiência. O pedido de comparecimento funciona como uma autorização para a liberação de informações confidenciais, permitindo que o representante legal tenha acesso ao registro do caso na agência. Também é necessário para que o *Hearing Office* confirme a representação para fins de acompanhamento, revisão, requisição de prorrogações, etc.

Elegibilidade de outros membros do domicílio pode ser afetada

Nossa decisão quanto à apelação pode resultar em mudanças na elegibilidade de outros membros do seu domicílio.

Acesso ao registro do seu caso

Você tem o direito de ver o registro do seu caso, inclusive qualquer evidência que o Estado usará na sua audiência. Para visualizar o registro do seu caso, ligue para nós pelo telefone 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Se você estiver apelando de uma medida tomada pela HealthSource RI, você pode requisitar uma cópia do seu registro ligando para: 1-855-840-HSRI (4774).

Resolução informal

Podemos ser capazes de resolver o seu problema rapidamente sem uma audiência. Ligue para 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) a fim de que possamos rever o seu caso informalmente. Se você estiver apelando de uma medida tomada pela HealthSource RI, você pode entrar em contato com a HealthSource RI pelo telefone 1-855-840-HSRI (4774) para requisitar uma revisão informal da sua apelação. Entraremos em contato com você em uma tentativa de resolver a sua apelação informalmente. O seu direito a uma audiência não será impactado pela tentativa de resolver o seu problema informalmente.

Tem o DIREITO de confidencialidade. Ao abrigo da lei estatal, todas as agências que administram programas incluídos como parte desta candidatura estão sujeitas às leis e regulamentos estatais e federais no respeitante à utilização de informação sobre si e outros membros do seu agregado familiar apenas para objetivos diretamente relacionados com a administração de programas e em conformidade com as Normas da Lei de Responsabilidade e Portabilidade de Seguro de Saúde (HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act), para Privacidade de Informação de Saúde Identificável Individualmente. As restrições HIPAA proíbem-nos de discutir informação de saúde sua ou de qualquer membro do seu agregado familiar com alguém, incluindo representante não autorizado, a não ser



Account # [REDACTED]

que esse indivíduo tenha procuração ou você tenha assinado um formulário de consentimento que autorize a divulgação desta informação. Isto inclui divulgação de informação de saúde mental, HIV, SIDA, resultados de teste de doenças sexualmente transmissíveis ou tratamento e serviços de dependência química.

O EOHSS e DHS não divulgam informação sobre si ou outros elementos do seu agregado familiar sem o seu consentimento, exceto conforme nas Leis Gerais de Rhode Island 40-6-12, 40-6-12.1 e 42-7.2-5(13), regulamentos definidos no Código administrativo DHS e Códigos Medicaid de Regras administrativas. Qualquer pessoa considerada culpada por violar as provisões das Leis Gerais de Rhode Island 40-6-12 deve ser considerada culpada de um delito. Os infratores estão sujeitos a uma multa máxima de duzentos dólares (\$200) ou prisão até seis (6) meses, ou ambos.

Tem o DIREITO de se candidatar a serviços de aplicação de apoio através do Gabinete de Serviços de apoio infantil. Para obter uma candidatura para estes serviços, vá a <http://www.cse.ri.gov/> ou visite o seu Gabinete local de serviços de apoio infantil em 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

Tem o DIREITO de nomear um representante autorizado. Um representante autorizado é uma pessoa designada pelo chefe do agregado familiar ou cônjuge ou qualquer outro membro responsável pelo agregado familiar, para agir em nome do agregado familiar na candidatura aos benefícios de programa ou para a utilização dos benefícios. O representante autorizado para prestações pode, ou não, ser o mesmo indivíduo que foi designado como representante autorizado para o processo de requerimento ou para cumprir os requisitos de relatório. A designação do representante autorizado tem de ser feita por escrito.

Caso se esteja a candidatar a cobertura de cuidados de saúde económicos Medicaid, o EOHSS requer que o Departamento faça o seguinte:

- Dar-lhe trinta (30) dias para nos fornecer a informação de que precisamos para rever a sua elegibilidade. Se não nos der a informação ou pedir mais tempo, podemos rejeitar, extinguir ou alterar a sua cobertura de cuidados de saúde.
- Iremos notificá-lo, na maioria dos casos, pelo menos dez (10) dias antes de interrompermos a sua cobertura de cuidados de saúde.
- Iremos fornecer-lhe uma decisão por escrito, na maioria dos casos, no prazo de trinta (30) dias. Casos de cobertura de cuidados de saúde e alguns casos de incapacidade podem demorar entre quarenta e cinco (45) a noventa (90) dias.
- Pode manter a cobertura Rhode Island Medicaid enquanto decidimos se é elegível ao abrigo de outro programa.

RESPONSABILIDADES

Informação sobre a sua Cobertura e Responsabilidades:

Tem a RESPONSABILIDADE de fornecer informação precisa sobre o seu rendimento, recursos e disposições habitacionais nesta candidatura.

Tem a RESPONSABILIDADE de fornecer números da Segurança Social (ou prova de que requereu um número) seu e do seu lar familiar, ou de efetuar o requerimento, se for necessário, para obter esses números, como condição de elegibilidade. A recolha de informação na candidatura, bem como os números de Segurança Social de todos os membros do seu lar familiar para quem recebe assistência, é autorizada ao abrigo da Lei de Alimentação e Nutrição de 2008 (anterior Lei de Senhas Alimentares), conforme corrigido, 7 U.S.C. 2011-2036 e ao abrigo da Lei federal (45 CFR 155.305 e 42 CFR 435.910). Esta informação será utilizada para determinar se o seu agregado familiar é elegível, ou se continua a ser elegível, para participar em SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP, seguro comercial de saúde com Ajuda Financeira. O Departamento irá verificar esta informação por computador através de cruzamento de informações com o Departamento de Emprego e Formação, a Administração de Segurança Social, o Serviço de Receita Interna, o Serviço de Alimentação e Nutrição e outras



entidades governamentais ou não governamentais autorizadas por lei, regulamento ou contrato, e estarão sujeitas a verificação por oficiais Federais, Estadais e locais. A informação de rendimento e elegibilidade obtida a partir destas agências será utilizada para certificar que o seu agregado familiar é elegível e que recebe o valor correto de benefícios SNAP, GPA, Assistência Infantil, RIW, Medicaid e seguro comercial de saúde com Ajuda financeira. Esta informação também será utilizada para monitorizar a conformidade com os regulamentos do programa, para gestão do programa, bem como para evitar fraude e verificar os pedidos de cuidados de saúde.

Esta informação poderá ser divulgada a outras agências federais e estaduais para verificação oficial e a autoridades policiais com o objetivo de apreender pessoas que estejam a tentar fugir à lei. Se for apresentada uma queixa contra o seu agregado familiar, a informação nesta candidatura, incluindo todos os SSN, pode ser comunicada a agências Federais e Estadais, bem como a agências privadas de cobranças para ação de cobranças. O fornecimento da informação pedida é voluntário. Contudo, não fornecer um SSN irá resultar na recusa de benefícios a qualquer indivíduo que se candidate a benefícios. Qualquer SSN fornecido será utilizado e divulgado da mesma forma que o SSN de membros do agregado familiar elegíveis.

Tem a RESPONSABILIDADE de cooperar por completo com o pessoal estatal e federal que esteja a conduzir as análises de controlo de qualidade

Tem a RESPONSABILIDADE de cooperar com o Gabinete de serviços de apoio infantil se receber RI Works, Assistência de cuidados infantis ou Medicaid. Deve ajudar a estabelecer, alterar ou aplicar apoio infantil à(s) criança(s) ao seu cuidado e, se necessário, estabelecer a paternidade. Se conseguir mostrar que tem uma boa razão para acreditar que cooperar com o Gabinete de serviços de apoio infantil o coloca a si, às suas crianças, ou às crianças sob os seus cuidados, em risco proveniente do progenitor sem custódia, pode alegar boa causa para não cooperar.

PROGRAMA RI WORKS, MEDICAID, ASSISTÊNCIA DE CUIDADOS INFANTIS E ASSISTÊNCIA AO PÚBLICO EM GERAL PENHORES E ATRIBUIÇÕES

Compreendo que no cumprimento da Lei Geral de Rhode Island, Secções 40-6-9, 40-6-10, ou 40-8-15, sem a necessidade assinar qualquer documento:

a.) Em relação ao apoio infantil e estabelecimento de paternidade

Atribui todos e quaisquer direitos que possa ter e em meu nome, e para e em nome do(s) meu(s) filho(s), ao Departamento de Serviços Humanos (DHS) e/ou Gabinete executivo de saúde e serviços humanos (EOHHS), contra qualquer pessoa que não nos forneça assistência, manutenção e cuidados médicos a mim e ao(s) filho(s) menor(es) para quem a assistência seja paga pelo DHS/EOHHS. O DHS/EOHHS está autorizado a executar uma ação judicial para estabelecer a paternidade e/ou recolher assistência para mim e para o(s) meu(s) filho(s) que recebem ou recebiam assistência do DHS/EOHHS. Se deixar de receber dinheiro ou Medicaid, deverá informar o Gabinete de serviços de apoio infantil sobre quaisquer alterações que afetem o apoio infantil/médico, como por exemplo, se a criança se tiver mudado ou a sua morada tenha mudado.

b.) Em relação aos montantes recuperáveis de um terceiro

Se tiver atribuído qualquer e todos os direitos ao DHS/EOHHS, para e em nome de mim próprio e de qualquer pessoa em relação a quem eu possa agir legalmente, para os montantes recuperáveis de um terceiro iguais ao montante de assistência financeira e Medicaid fornecida em resultado de acidente, danos ou doença.

c.) Em relação aos montantes recuperáveis de indemnização por acidente de trabalho

O Departamento de Serviços Humanos e/ou Gabinete executivo de saúde e serviços humanos poderá efetuar uma penhora sobre qualquer prémio, ordem ou acordo pendente, ao qual eu possa ter direito ao abrigo das disposições do Rhode Island Workers Compensation Act, capítulos 28-29 a 28-38 das



Account # [REDACTED]

Leis Gerais de Rhode Island. O objetivo do penhor é o de assegurar o reembolso ao Departamento por pagamentos financeiros e Medicaid que me sejam efetuados, ou em meu nome, pelo período de tempo pelo qual a indemnização, ordem ou acordo de acidente de trabalho seja efetuado.

d.) Em relação penhor sobre bens de destinatários falecidos para reembolso Medicaid

O DHS/EOHHS pode efetuar uma penhora sobre os bens de um destinatário Medicaid que tenha cinquenta e cinco (55) anos ou mais no momento da morte. **Para objetivos desta secção, o termo «bens» em relação a um indivíduo morto incluirão toda a propriedade real e pessoal e outros ativos incluídos ou possíveis de ser incluídos dentro dos bens em testamento do indivíduo.**

A disposição R.I.G.L. 40-8-15 determina que o valor total de Medicaid pago em nome de um destinatário Medicaid que tenha cinquenta e cinco (55) anos ou mais no momento da prestação de tal assistência estará em dívida para com o estado e deve constituir um penhor em relação aos bens do destinatário a favor do DHS. Contudo, o penhor não será aplicado e não se aplicará aos bens de um destinatário que deixe viúvo/a, ou descendente que tenha menos de vinte e um (21) anos, ou que seja cego ou tenha uma invalidez permanente e total, tal como definido no Título XVI (SSI) da Lei de Segurança Social. Terras tribais e determinadas propriedades que pertençam a Índios Americanos e Nativos do Alasca podem não ser recuperáveis

Compreendo que este requerimento irá servir como autorização para que o Departamento de Serviços Humanos obtenha dos prestadores Médicos informação que seja pertinente para mim ou qualquer pessoa incluída neste requerimento, enquanto o caso permaneça aberto.

Compreendo e concordo que o escritório DHS possa contactar outras pessoas ou organizações para obter a prova necessária da minha elegibilidade e nível de benefícios.

O DHS pode utilizar ou partilhar informação constante deste requerimento para a administração dos programas DHS, assim como a administração de outros programas de assistência com financiamento federal, de acordo com a lei, contrato ou regulamento federal e estadual.

O DHS pode ceder informação que não seja de identificação para fins de investigação. Qualquer cedência de informação que não seja de identificação será feita de acordo com a lei estadual e federal.

Medicaid: Terminação por sua iniciativa

O(s) membro(s) seguinte(s) do seu lar familiar têm cobertura Medicaid:

Nome
[REDACTED]

Usted puede cancelar o dar fin a la cobertura de seguro médico de Medicaid de cualquier miembro de su hogar en cualquier momento. Existen varias maneras de solicitar la cancelación:

- Por teléfono: Comuníquese con el Centro de Llamadas del Departamento de Servicios Humanos (DHS) al 1-855-697-4347 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 3 p.m., exceptuando en días feriados; o comuníquese con HealthSource RI al 1-855-840-4774 de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m., exceptuando en días feriados
- En persona: Visite una oficina del DHS o deposite su solicitud de cancelación en uno de los buzones seguros ubicados en las oficinas y centros familiares regionales del DHS. Para averiguar las direcciones, visite www.dhs.ri.gov o llame al 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- Por correo postal: Envíe la solicitud por correo a State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787. Deberá enviarla con al menos dos semanas de antelación a la fecha deseada de terminación de la cobertura.

Medicaid: Terminação por iniciativa do Estado



Account #: [REDACTED]

Os membros seguintes do seu lar familiar têm cobertura Medicaid válida:

Nome
[REDACTED]

A sua cobertura, ou a cobertura para qualquer membro do seu agregado familiar no Medicaid, pode ser cancelada somente se as seguintes situações acontecerem:

- se você ou o membro do seu agregado familiar já não forem elegíveis para a cobertura acessível
- se você ou a cobertura de um membro da sua família for encerrada devido a informações fraudulentas na sua aplicação.

Se tiver necessidades especiais de cuidados de saúde

Você e os membros do seu lar familiar podem qualificar-se para mais serviços através da Medicaid se alguém do seu lar tiver necessidades especiais de cuidados de saúde.

- Alguém no seu agregado familiar tem uma incapacidade?
- Alguém no seu agregado familiar precisa de assistência doméstica ou outros serviços a longo prazo?
- Alguém no seu agregado familiar tem contas médicas elevadas ou frequentes?

Se sim, veja se eles se qualificam com base nas necessidades de cuidados especiais de saúde. Ligue para o (855) 712-9158 ou visite www.HealthSourceRI.com para obter mais informações.



Date : 05/13/2023

Account Number : [REDACTED]



STATE OF RHODE ISLAND

P.O. BOX 8709

CRANSTON, RI 02920-8787

DIREITOS DE RECURSO

Você pode ter o DIREITO de recorrer e ter uma Audiência Administrativa Justa se não concordar com as nossas decisões, você pode:

- 1. Ligue-nos para discutir a decisão do benefício.** Contacte-nos para o número de telefone que está no topo da primeira página deste aviso. Certifique-se que tem este aviso e o número do processo/identificação quando nos ligar.
- 2. Recurso para uma Audiência Administrativa Justa.** Um recurso é uma solicitação formal para que a decisão seja revista numa audiência administrativa. Para mais informações, leia a secção "O Seu Direito a uma Audiência Administrativa Justa".

O Que é uma audiência justa?

Uma audiência justa é uma oportunidade para você dizer a um oficial da audiência administrativa porque razões você não concorda com a decisão da agência sobre a sua elegibilidade, benefícios e/ou quaisquer custos que deve pagar. Um representante da agência também estará presente na audiência para explicar a base da decisão da agência. Por lei, o oficial administrativo deve rever os factos do caso apresentado por ambos os lados de maneira justa e objetiva.

Prazos para recursos e pedidos de Audiência Justa

A tabela abaixo explica os prazos para apresentar um recurso para cada programa. Para alguns programas, os seus benefícios ou serviços podem ser continuar a ser prestados até que uma decisão de audiência seja tomada, se você meter um recurso dentro dos prazos mencionados na tabela.

Se falhar este prazo, poderá perder o direito a recorrer. Depois de ter preenchido e submetido o seu recurso, nós marcaremos a sua audiência e emitiremos uma decisão dentro de 90 dias ou 60 dias se a audiência se referir aos seus benefícios do SNAP (Programa de Assistência Nutricional Suplementar).

Uma decisão será emitida em todos os recursos da HealthSource RI dentro de 90 dias da data em que foi submetido o recurso, conforme administrativamente possível.

Programa	Você deve entrar com um recurso em:	Os benefícios continuarão se o recurso for feito dentro de 10 dias do aviso ("Auxílio pendente")?
Medicaid	30 dias após a data de aviso, mais cinco dias para o tempo de envio	Sim, os benefícios continuarão automaticamente, a menos que nos indique o contrário
SNAP	90 dias a partir da data do aviso	Sim, os benefícios continuarão automaticamente, a menos que nos indique o contrário



CCAP	30 dias a partir da data do aviso	Os benefícios podem ser reduzidos até que uma decisão de audiência seja tomada.
GPA	10 dias a partir da data do aviso	Sim, mas o pedido deve ser feito por escrito.
seguro comercial de saúde	30 dias após a data de aviso, mais cinco dias para o tempo de envio	Deve ligar para a HealthSource RI dentro de 30 dias a partir do aviso para solicitar Auxílio pendente.
Todos os outros programas	30 dias a partir da data do aviso	Sim.

Apelações rápidas

Você tem direito a uma apelação rápida se tiver uma necessidade imediata de serviços de saúde ou benefícios do SNAP e aguardar por uma apelação normal poderia colocar em sério risco sua vida ou saúde, ou capacidade de adquirir, manter ou recuperar função máxima. Devemos decidir apelações rápidas o mais depressa possível, dadas as circunstâncias. Se negarmos a sua solicitação para uma apelação rápida, devemos lhe informar rapidamente e devemos lidar com a sua apelação pelo nosso processo normal.

Direito de Continuar os Benefícios Enquanto Aguarda Audiência

Pode ter o direito de que os seus benefícios continuem inalterados enquanto espera pela sua audiência (isto é chamado de "Auxílio Pendente"). Exceto para o Seguro Comercial de Saúde através do HealthSource RI, se recorrer dentro de 10 dias, na maioria dos casos, irá receber automaticamente o Auxílio Pendente. A menos que possa provar o contrário, para o Medicaid e para o HealthSource RI, presumiremos que recebeu o aviso 5 dias após a data no aviso.

Se tem o Medicaid e recebe Auxílio Pendente, e depois perde o seu recurso, o Estado pode fazer com que pague os seus custos de cobertura do período de Auxílio Pendente. Para o HealthSource RI, o Auxílio Pendente só está disponível se estiver a recorrer a uma redeterminação de elegibilidade que ocorreu no prazo de 30 dias a contar da data do seu recurso, e a solicitação é feita por telefone à HealthSource RI através do número 1-855-840-HSRI (4774). Se está a receber benefícios fiscais para ajudar a pagar os seus prémios e recebe Auxílio Pendente e perde o seu recurso, então pode ficar a dever mais dinheiro aos seus impostos federais, no próximo ano. Se pagar prémios mensais, ainda deve pagar durante o período de Auxílio Pendente.

Se você recebe benefícios de SNAP, RIW ou GPA e receber "auxílio pendente", e então você perder a sua apelação, você pode precisar devolver os benefícios que lhe foram dados, mas aos quais você não tinha direito durante este período.

Direito de se representar e direito de ser representado

Você tem o direito de se representar na audiência ou de ser representado por qualquer pessoa que você escolha, inclusive um procurador, advogado, amigo ou parente.

Assessoria jurídica está disponível junto a Rhode Island Legal Services, Inc. pelos telefones 274-2652 ou 1-800-662-5034. Se você optar por ter representação legal, o representante deve apresentar um pedido de comparecimento junto ao *Hearing Office*, por escrito, antes ou na data da audiência. O pedido de comparecimento funciona como uma autorização para a liberação de informações confidenciais, permitindo que o representante legal tenha acesso ao registro do caso na agência. Também é necessário para que o Hearing Office confirme a representação para fins de acompanhamento, revisão, requisição de prorrogações, etc.



Case #: [REDACTED]

Elegibilidade de outros membros do domicílio pode ser afetada

Nossa decisão quanto à apelação pode resultar em mudanças na elegibilidade de outros membros do seu domicílio.

Acesso ao registro do seu caso

Você tem o direito de ver o registro do seu caso, inclusive qualquer evidência que o Estado usará na sua audiência. Para visualizar o registro do seu caso, ligue para nós pelo telefone 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Se você estiver apelando de uma medida tomada pela HealthSource RI, você pode requisitar uma cópia do seu registro ligando para: 1-855-840-HSRI (4774).

Resolução informal

Podemos ser capazes de resolver o seu problema rapidamente sem uma audiência. Ligue para 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) a fim de que possamos rever o seu caso informalmente. Se você estiver apelando de uma medida tomada pela HealthSource RI, você pode entrar em contato com a HealthSource RI pelo telefone 1-855-840-HSRI (4774) para requisitar uma revisão informal da sua apelação. Entraremos em contato com você em uma tentativa de resolver a sua apelação informalmente. O seu direito a uma audiência não será impactado pela tentativa de resolver o seu problema informalmente.





FORMULÁRIO DE AUDIÊNCIA

Processo de Pedido de Audiência

Pode pedir um audiência de uma das seguintes formas, abaixo. Se submeter este formulário, o estado irá analisar o seu caso e tentar resolver a questão.

- **Online.** Para apresentar um recurso on-line, entrar em sua conta no <https://healthyrhode.ri.gov> e clique no arquivo de um recurso.
- **Por telefone.** Pode interpor um recurso relativamente a cobertura Medicaid e Seguro Comercial de Saúde através do HealthSource RI ligando para o HealthSource RI através do 1-855-840-HSRI (4774). Para questões sobre interpor recurso relativo a programas de serviços humanos, tais como SNAP, RIW, Assistência a menores, GPA ou SSP, ligue para o Departamento de serviços humanos através do 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **Pessoalmente.** Para em pessoa assistência visita www.dhs.ri.gov para visualizar locais de escritório.
- **Por correio.** Preencha este formulário e envie-o por correio para STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

Nome (obrigatório): _____

Data de Nascimento (obrigatório): _____

Número de conta:(Cesta nesta carta) _____

Endereço (obrigatório): _____

Número de telefone: _____

Email: _____

Precisa de ajuda para falar, ler ou escrever em Inglês? Não Sim:

Se sim, qual é a sua língua principal? _____

Método preferencial de contacto (faça um círculo à volta de uma opção): email / correio impresso

O meu apelo é sobre: _____ RIW _____ MEDICAL ASSISTANCE _____ GPA
 _____ SNAP _____ CHILD CARE _____ OTHER



Account #: 

Explique a razão do seu pedido de audiência:

Precisa urgentemente de serviços de saúde importantes? Se sim, gostaria de um audiência rápido?

Sim / Não. Se Sim, explique:

Gostaria que a sua cobertura e benefícios continuassem sem alteração enquanto espera por uma audiência? Sim /Não

Assinale esta caixa se alguém for ajudá-lo com o audiência, ou representá-lo durante o processo de audiência. Esta pessoa poderá ser um advogado, um amigo, ou um familiar. Forneça informações de contacto dessa pessoa:

Nome: _____

Número de telefone: _____

Endereço: _____

Email: _____

Método preferencial de contacto (faça um círculo à volta de uma opção): email / correio impresso



Date :05/13/2023

Account # [REDACTED]

PLEASE READ -- THIS COULD SAVE YOU MONEY ON YOUR ELECTRIC BILL

National Grid is offering a special rate to their DHS low income customers that could save you money on your electric bill. THE BILL MUST BE IN YOUR NAME.

To request this discounted electric rate, complete, sign and date the form below and mail to your electric company.

National Grid
Attn: Customer Service
PO Box 960
Northborough, MA 01532-0960

If you have any questions, please contact DHS at 1-855-MY-RI-DHS(1-855-697-4347).

(CUT ON LINE BELOW)

71 Ssum St,66 GLAB st
Pawtucket, RI 02860

RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
A-60 ELECTRIC RATE CERTIFICATION FORM

DHS Account #: [REDACTED]

DHS Program: _____

Telephone Number (____) ____ - ____ (If available)

Electric Company Account Number _____

Signature of Eligible Recipient

Date



Account # 

PLEASE READ -- THIS COULD SAVE YOU MONEY ON YOUR TELEPHONE BILL

LIFELINE ASSISTANCE PROGRAM

Verizon and Cox Communication are offering to DHS low income customers a monthly discount on your telephone bill. THE BILL MUST BE IN YOUR NAME

LINK-UP-AMERICA PROGRAM

To request this discounted telephone rate and/or Lifeline Assistance, complete, sign and date the form below and mail to:

COX Communications, Inc
Attention: Lifeline Services
6301 Waterford Blvd. Suite 200
Oklahoma City, OK 73118
Fax: 1-877-873-9077

Verizon Lifeline Services
PO Box 4848
Trenton, NJ 08650-4848

If you have any questions, please contact DHS at 1-855-MY-RI-DHS(1-855-697-4347).

(CUT ON LINE BELOW)

71 Ssum St,66 GLAB st
Pawtucket, RI 02860

RHODE ISLAND
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
LIFELINE ASSISTANCE PROGRAM CERTIFICATION FORM

DHS Account # : 

DHS Program: _____

Telephone Number (____) ____ - ____ (If available)

Telephone Service Account Number _____

Signature of Eligible Recipient

Date



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call . 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អ្ល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347(TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-697-4347 TTY 711

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nà kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Ɖá 1-855-697-4347 (TTY 711)

Non-Discrimination Notice

The Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) and the Department of Human Services (DHS) does not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, political beliefs, age, religion or gender in acceptance for or provision of services, employment or treatment, in its education and other program activities. Under other provisions of applicable law, EOHHS/DHS does not discriminate on the basis of sexual orientation, gender identity or expression. For further information about these non-discrimination laws, regulations and complaint procedures for resolution of complaints of discrimination, contact DHS at 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, telephone number (401) 462-2971 (for deaf/hearing impaired 1-800-745-6575 voice; TTY 711).

