



How to Contact Us

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

For questions about affordable health coverage or human services programs, call Department of Human Services at 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

AVISO DE REVISÃO (DA DECISÃO) DO MEDICAID

Concluimos uma análise da elegibilidade do seu agregado familiar para o Medicaid. Os nossos registos indicam que os indivíduos, a seguir indicados, não podem se qualificar novamente para esta categoria de cobertura do Medicaid.

Quem irá rescindir?	Razão (razões) da rescisão
[REDACTED]	Tem idade igual ou superior a 65 anos e não possui um menor elegível para assistência Medicaid que você ou o seu cônjuge indiquem como dependente fiscal e a viver no seu agregado familiar. Deste modo, a sua candidatura à assistência Medicaid foi recusada. Fundamento Jurídico: 210-RICR-30-00-1.6

Com base nas informações que temos agora, você pode ter direito a cobertura de saúde sob uma categoria diferente do Medicaid ou por meio de um plano de seguro do HealthSource RI. Precisamos saber informações sobre quaisquer outras mudanças no estatuto dos membros do seu agregado familiar, como nascimento ou falecimento, inscrição no Medicare, determinação de deficiência por uma agência governamental ou colocação na prisão ou outra instituição como uma casa de repouso ou centro de tratamento. É da sua responsabilidade relatar essas alterações na sua conta imediatamente, pois elas podem afetar a sua qualificação para o Medicaid ou ajuda financeira para pagar a cobertura de saúde por meio do Healthsource RI.

Por favor, indique todas as informações necessárias para determinar a sua possível elegibilidade para outra cobertura do Medicaid até 06/30/2023.

Outras formas de cobertura podem estar disponíveis! Por favor, preencha o questionário, em anexo, para nos ajudar a determinar se existem outras categorias do Medicaid para as quais você, o seu cônjuge ou uma pessoa do agregado familiar possam ser elegíveis.

Por favor, responda a TODAS as perguntas. Assinale nas caixas SIM ou NÃO.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

1. Esta pessoa precise de ajuda para pagar os prêmios do Medicare? Sim Não
2. Esta pessoa considera-se deficiente ou foi determinado a ter uma deficiência por uma agência estatal ou federal para o SSI, Seguro Social, Benefícios a Veteranos ou outros benefícios relacionados à deficiência?
 Sim Não
3. Esta pessoa tem uma condição de saúde física, mental ou emocional que limita as atividades diárias como tomar banho, vestir-se, ir para a cama, tarefas diárias? Sim Não
4. Esta pessoa precisa de serviços de cuidados de longo prazo em casa ou casa de instituição de saúde ou, um estabelecimento de saúde como uma casa de repouso/lar para ajudar com esta condição? Sim Não
5. Você estava num lar adotivo/casa de acolhimento aos 18 anos ou mais, em Rhode Island?
 Sim Não
6. Você tem menos de 65 anos e, neste momento, está a receber tratamento ou precisa de tratamento para o cancro da mama ou do colo do útero? Sim Não
7. Está grávida? Sim Não. Se Sim, Data de vencimento _____

Se respondeu sim a alguma das perguntas acima, por favor, responda a esta pergunta.

8. Você tem despesas médicas? Sim Não
Em caso afirmativo, você ou alguém na sua casa recebeu tratamentos ou medicamentos nos últimos 3 meses e tem despesas (pagas ou não) relacionadas com esse tratamento ou medicamento? Ou pagou alguma despesa médica neste mês (não importa qual a sua idade)? Sim Não

Se você responder **SIM** a qualquer uma das perguntas acima, faça a transferência do formulário DHS-2 neste link <http://www.eohhs.ri.gov/Consumer/ConsumerInformation/Applications.aspx>, preencha-o e envie-o com ambas as páginas desta carta.

Você também pode ligar para o Departamento de Serviços Humanos através do número 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347) e solicitar que uma candidatura/inscrição lhe seja enviada.

Se optar por nos enviar a candidatura, por correio, você deve:

- **Envie ESTE AVISO INTEIRO juntamente com o formulário DHS-2.** Este formulário contém um código de barras que nos ajuda a processar o seu caso.
- **Escreva o seu nome e o número do seu processo** em cada página adicional incluída no formulário do DHS-2.
- **Se alguma das suas informações foi alterada com base nas perguntas acima, atualize as informações na secção apropriada no formulário do DHS-2 e forneça uma prova para cada uma das secções atualizadas.**
- **Envie para:** PO Box 8709 Cranston, RI 02920-8787. **Ou**
- **Entregue:** o formulário no seu escritório local do DHS. Para locais de escritórios, visite a página www.dhs.ri.gov ou ligue para o número 1-855-MY-RI-DHS.
- **On-line:**

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Account #: [REDACTED]

1. Você também pode aceder à sua Conta de Utilizador em <https://healthyrhode.ri.gov> e fazer as alterações.
Ou
2. Você pode aceder à sua Conta de Utilizador em www.HealthSourceRI.com para responder a estas perguntas e fornecer provas conforme necessário.

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



De acordo com as legislações federais de direitos civis e as regulamentações e políticas de direitos civis do Departamento da Agricultura dos Estados Unidos (USDA), o USDA, as suas agências, gabinetes, funcionários e as instituições que participam ou administram programas do USDA estão proibidas de discriminar com base na raça, cor, origem nacional, sexo (incluindo identidade de género e orientação sexual), crença religiosa, deficiência, idade, crenças políticas ou represálias ou retaliações por atividades anteriores de direitos civis em qualquer programa ou atividade desenvolvida ou financiada pelo USDA. Os programas que recebem assistência financeira federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (HHS), tais como a Assistência Temporária às Famílias Necessitadas (TANF), e os programas que o HHS opera diretamente são também proibidos de discriminação ao abrigo das legislações federais de direitos civis e regulamentos do HHS.

As pessoas com deficiências que necessitem de meios de comunicação alternativos para obter informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, fita de áudio e linguagem gestual americana) devem contactar a agência (estatal ou local) onde se candidataram aos benefícios. Os indivíduos surdos, com deficiências auditivas ou de fala podem contactar o USDA através do Serviço Federal de Reencaminhamento através do número de telefone (800) 877-8339. Além disso, as informações do programa podem ser disponibilizadas em outras línguas para além do inglês.

QUEIXAS SOBRE DIREITOS CIVIS QUE ENVOLVEM PROGRAMAS DO USDA

O USDA fornece assistência financeira federal a muitos programas de segurança alimentar e de redução da fome, tais como o Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP), o Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR) e outros. Para apresentar uma queixa de discriminação, preencha o formulário de queixa de discriminação de programa, (AD-3027) que pode encontrar online em: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-portuguese.pdf> e em qualquer gabinete do USDA ou escrever uma carta dirigida ao USDA e indicar na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de queixa, ligue para o número de telefone (866) 632-9992. Envie o seu formulário preenchido ou carta para o USDA até:

1. Correio: Serviço de Alimentação e de Nutrição do USDA 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; ou
2. Fax: (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou
3. Telefone: (833) 620-1071; ou
4. E-mail: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para qualquer outra informação relativa a questões sobre o SNAP, as pessoas devem contactar o número de linha direta do SNAP do USDA, (800) 221-5689, que também está disponível em espanhol, ou telefonar para os números de informação do Estado/linha direta (clique na hiperligação para obter uma lista de números de linha direta por estado). Encontre online em: <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>.

QUEIXAS SOBRE DIREITOS CIVIS QUE ENVOLVEM PROGRAMAS DO HHS

O HHS fornece assistência financeira federal para muitos programas para melhorar a saúde e o bem-estar, incluindo o TANF, Head Start, o Programa de Assistência Energética para Residências com Baixo Rendimento (LIHEAP) e outros. Se considera ter sido discriminado(a) devido à sua raça, cor, origem nacional, deficiência, idade, sexo (incluindo gravidez, orientação sexual e identidade de género), ou religião em programas ou atividades que o HHS opera diretamente ou aos quais o HHS presta assistência financeira federal, pode apresentar uma queixa sua ou relativamente a outra pessoa ao Gabinete de Direitos Civis (OCR).

Para apresentar uma queixa de discriminação sua ou relativamente a outra pessoa em relação a um programa que receba assistência financeira federal através do HHS, preencha o formulário online através do portal de queixas do OCR em: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Pode também contactar o OCR através do correio: Operações Centralizadas de Gestão de Casos, Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; ou e-mail: OCRmail@hhs.gov. Para um processamento mais rápido, recomendamos a utilização do portal online do OCR para apresentar queixas em vez de o fazer por correio. As pessoas que necessitam de assistência para apresentar uma queixa sobre direitos civis podem enviar um e-mail para o OCR: OCRMail@hhs.gov ou ligar gratuitamente para o OCR através do número de telefone 1- 800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. As pessoas surdas, com dificuldades de audição ou com dificuldades de fala, podem marcar 7-1-1 para aceder aos serviços de reencaminhamento de telecomunicações. Também disponibilizamos formatos alternativos (tais como Braille e letras grandes), ajudas auxiliares e serviços de assistência linguística gratuitos para a apresentação de uma queixa.

Esta instituição é um provedor de igualdade de oportunidades

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>

Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>

Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>



Date : 06/16/2023

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 tiver Medicaid e recorrer à cessação dos seus benefícios, irá continuar a receber os seus benefícios enquanto o estado do processo estiver em Assistência pendente e enquanto aguarda por uma decisão da audição. Durante o período Assistência pendente, a Medicaid NÃO IRÁ exigir que pague quaisquer custos mesmo que perca o recurso. 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

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 RECURSO

Processo de pedido de recurso

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

- **Online.** Entre na sua conta em www.healthyrhode.ri.gov e clique em "file an appeal" (interpor recurso).
- **Por telefone.** Você pode apresentar um recurso sobre Medicaid e cobertura de saúde privada através HealthSource RI chamando o 1-855-840-HSRI (4774). Para perguntas sobre a interposição de recursos em programas de serviços humanos, tais como SNAP, RIW, Child Care (cuidados infantis), GPA ou SSP, ligue para o Departamento de Serviços Humanos em 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **Pessoalmente.** Para encontrar o escritório mais perto de si, visite www.dhs.ri.gov para saber onde nos poderá encontrar.
- **Por correio.** Preencha este formulário e devolva-o por correio para:
ATTN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

Nome (obrigatório): _____

Data de Nascimento (obrigatório): _____

Número de conta:(conforme no topo do aviso): _____

Endereço (obrigatório): _____

Número de telefone: _____

Email: _____

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

Se sim, qual é a sua língua principal? _____

Método preferencial de contacto (faça um círculo à volta de uma opção): email / correio impresso
Tem de assinalar a(s) razão(ões) do seu recurso:

Cobertura de saúde geral:

- ___ Medicaid
- ___ Comercial Plano - HealthSource RI
- ___ Ambos / Não tenho a certeza

Serviços humanos:

- ___ SNAP ___ GPA
- ___ RIW ___ ASSISTÊNCIA A
- ___ SSP MENORES

Outro (explique) _____



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).

For more information visit <https://healthyrhode.ri.gov>
Para más información visite <https://healthyrhode.ri.gov>
Para mais informações visite <https://healthyrhode.ri.gov>

