



MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR  
82 Hpkj St  
Pawtucket, RI 02860



**如何联系我们**

上网 : <https://healthvrhode.ri.gov>

有关可负担医疗保险的问题, 请致电 1-855-840-4774 联系 HealthSource RI

有关可负担医疗保险或公众服务计划的问题, 请拨打 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347) 联系公众服务厅。

## 福利决定通知

本通知向您介绍您的健康和公众服务计划福利。本页将告诉我们对您的福利作出的决定。您将在接下来的页面中了解更多详情。如果您有任何疑问, 请与我们联系。

### 福利总结

| 计划   | 决定          |
|------|-------------|
| 健康保险 | 您的健康保险正在续期。 |

如果您不同意此决定, 您可以要求听证会以提出上诉。有关上诉程序的更多信息, 请参阅本通知的末尾。

### 在线或通过移动应用程序查看您的帐户

您可以通过在 <https://healthvrhode.ri.aov/> 登录您的帐户或在智能手机上下载 HealthyRhode 移动应用程序来获取您的福利信息。

您可以通过使用用户名 [REDACTED] 访问您的帐户。如果您不记得密码, 可访问 <https://healthyrhode.ri.gov/>, 点击“LOG IN” (登录), 然后点击“Forgot Username/Password?” (忘记用户名/密码?) 找回密码。通过您的账户, 您可以申请和续期福利并报告变化。



帐号：

## 您的健康保险福利详情

根据我们的档案信息，或我们从您或外部来源收到的信息，自 05/13/2023 起，您的健康保险资格发生变更。详情请见下文。

|       |                                  |              |
|-------|----------------------------------|--------------|
| 个人姓名： | Mifersowo Ehenjqzwd<br>QXEXHKOXR | 出生日期：12/1978 |
|-------|----------------------------------|--------------|

| 有效期/生效日期                    | 援助或保险类型       | 决定和其他信息  |
|-----------------------------|---------------|----------|
| 06/01/2023 to<br>05/31/2024 | MAGI Medicaid | Approved |

您这样规模的家庭年收入上限是：

|          |             |
|----------|-------------|
| 无子女的成年人： | \$20,120.40 |
| 家长：      | \$20,557.80 |
| 子女：      | \$38,782.80 |
| 孕妇：      | \$37,616.40 |

### 关于您的 Medicaid ID 的重要信息：

您的 Medicaid ID 是分配给您的唯一标识号，您可以在白色的 Medicaid Anchor 卡上和通过您的在线帐户查看该号码。白色的 Medicaid Anchor 卡将邮寄给您家中每位符合资格的人员。在接受服务时，请向所有医疗服务提供者出示您的白色 Medicaid Anchor 卡和任何其他健康保险卡。白色 Medicaid Anchor 卡是识别 Medicaid 计划资格的永久性方法。请妥善保管此卡。

### Medicaid 计划健康保险详情： Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR

#### Medicaid：年度续期

请参阅下文了解您家庭成员的续期日期：

| 个人姓名                          | 续期日期       |
|-------------------------------|------------|
| Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR | 05/31/2024 |

每年将更新一次资格。我们将在每年续期日期前至少 60 天就您家庭成员的资格与您联系。

您上述家庭成员的 Medicaid 保险已续期。

自 2023 年 6 月 1 日起，您的上述家庭成员已被认定符合 Medicaid 资格。



帐号：

加入 **Medicaid** 健康计划：

### 1. 投保时间表

如果您尚未选择 **Medicaid** 健康计划，从您的资格生效日期起，您有 **19** 天的时间进行选择。

### 2. 我如何选择健康保险计划？

如果您尚未选择 **Medicaid** 健康计划，请登录您在 **HealthSource RI** 的帐户，访问您的仪表板以进行后续步骤，或致电 **1-855-840-4774** 进行选择。

在选择健康计划时，您应列出当前的医疗服务提供者，以确保他们接受您选择的健康计划。

### 3. 需要帮助选择计划吗？

如果您在选择健康计划时需要帮助，可拨打 **1-855-840-4774** 联系选择顾问。如果您在 **19** 天内未选择计划，您将无法自行选择，而我们将为您选择计划。

### 4. 请告诉我们您的初级保健医师是谁

在您选择健康计划后，我们还会要求您选择一位初级保健医师。如果此时您还没有选择，我们将为您选择一位初级保健医师。

### 5. 选择健康计划后

您将收到新健康计划寄来的欢迎礼包和 **ID** 卡。如果您在收到健康计划寄来的 **ID** 卡之前需要服务，您可以使用 **Medicaid Anchor** 卡。在您的健康计划开始承保之前，应一直使用 **Medicaid Anchor** 卡。

### 6. 可用于选择计划的方法：

您可以选择并加入一项计划：

在线。访问 <https://healthvrhode.ri.gov>

通过电话。拨打 **1-855-840-4774**

您这样规模的家庭年收入上限是：

|          |             |
|----------|-------------|
| 无子女的成年人： | \$20,120.40 |
| 家长：      | \$20,557.80 |
| 子女：      | \$38,782.80 |
| 孕妇：      | \$37,616.40 |



帐号：

**如果我不同意有关我的健康保险的决定怎么办？**

提出上诉有截止日期，因此您应尽快行动。您可以对我们关于您的健康保险的决定提出上诉。例如，如果您认为我们对您的家庭规模、收入、保险类型或您必须支付的金额有误，您可以提出上诉。您也可以对您获得的健康服务提出上诉。上诉只是要求通过行政公平听证会对我们作出的影响您的资格和/或福利的任何决定进行再次审查的一种方式。本通知稍后将提供更多有关上诉和听证会的信息。



帐号：

## 变化报告要求

您必须在发生变化之日起 10 天内报告可能影响您家庭中任何人的资格和投保的以下任何变化：

- 居住地址；
- 邮寄地址；
- 收入；
- 婚姻状况；
- 搬进或搬出您家的人，或您的报税单位中的人；
- 家庭中任何人的怀孕状况；
- 监禁或机构状况；
- 获得其他健康保险的情况，包括获得 Medicare 的资格或通过您的工作或家庭成员的工作获得保险的情况；
- 移民或公民身份；
- 出生、收养、安置收养、结婚、离婚或死亡；
- 联邦所得税申报状况；或
- 在联邦所得税中申报的纳税受抚养人人数。

您有权享受非歧视性待遇。根据联邦民权法和美国农业部 (U. S. Department of Agriculture, USDA) 的民权法规和政策，USDA、其机构、办事处和雇员，以及参与或管理 USDA 计划的机构，在 USDA 开展或资助的任何计划或活动中，禁止基于种族、肤色、国籍、宗教、性别、性别认同（包括性别表达）、性取向、残疾、年龄、婚姻状况、家庭/父母状况、来自公共援助计划的收入、政治信仰的歧视，或对以前的民权活动进行报复或打击报复（并非所有依据适用于所有计划）。补救措施和投诉截止日期因计划或事件而异。

需要替代性交流方式以获取计划信息（如盲文、大字体印刷、录音带、美国手语等）的残疾人，应联系负责机构或 USDA 的 TARGET 中心，联系电话：(202) 720-2600（语音和电传打字机），或通过联邦电话中转服务联系 USDA，电话：(800) 877-8339。此外，可能以英语以外的语言提供计划信息。如需提出计划歧视投诉，请填写 USDA 计划歧视投诉表 AD-3027，可在以下网址在线查阅

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>，还可以在任何 USDA 办事处，或写信给 USDA 以获得表格，并在信中提供表格中要求的所有信息。如需投诉表副本，请致电 (866) 632-9992。将填好的表格或信件提交给 USDA：(1) 邮寄：U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410；(2) 传真：(202) 690-7442；或者 (3) 发送电子邮件至：[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)。

美国农业部 (U.S. Department of Agriculture, USDA) 是一个机会均等的提供者、雇主和贷方。

根据《1964 年民权法》第六篇（《美国法典》第 42 卷第 2000d 节及以下）、经修订的《1973 年康复法》第 504 节（《美国法典》第 29 卷第 794 节）、《1990 年美国残疾人法》（《美国法典》第 42 卷第 12101 节及以下），以及《1972 年教育修正案》第九篇（《美国法典》第 20 卷第 1681 节及以下）、《2008 年食品和营养法》（以前称为《食品券法》），《1975 年年龄歧视法》、美国卫生与公众服务部实施条例（《联邦法规》第 45 编第 80 和 84 部分）和《美国教育部实施条例》（《联邦法规》第 34 编第 104 和 106 部分），以及美国农业、食品和营养服务部（《联邦法规》第 7 编第 272.6 部分）；卫生与公众服务执行办公室 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) 和公众服务厅 (Department of Human Services, DHS) 在其教育和其他计划活动中接受或提供服务、就业或待遇方面不存在基于种族、肤色、民族血统、残疾、宗教、政治信仰、年龄或性别的歧视。根据适用法律的其他规定，EOHHS 和 DHS 不存在基于性取向、性别认同或性别表达的歧视。有关这些非歧视法律、法规和解决歧视投诉程序的详细信息，请联系 DHS，地址为 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920 (401) 462-2971。如需使用罗德岛中转电话，请拨 7-1-1 或拨打以下免费电话号码之一：听障人士：1-800-745-5555，语音信箱：1-800-745-6575。社区关系联络官是执行民权法第六篇的协调员，康复服务办公室 (Office of Rehabilitation Services, ORS) 管理员或其指定人员是执行第九篇、第 504 节和 ADA 的协调员。DHS 主任或其指定人员全面负责所有机构计划的公民权利合规工作。EOHHS 部长负责与 Medicaid 计划相关的歧视问题，任何此类投诉都将相应转介。



帐号：

## 您的权利

### 有关您的承保范围和权利的信息：

**您有权**根据州和联邦法律法规制定的政策和标准，申请并在符合条件的情况下获得经济援助或 Medicaid 或补充营养援助计划 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 福利。

如果您不同意我们的决定，**您可能有权**提出上诉并进行行政公平听证会 (Administrative Fair Hearing)。您可以：

- 1. 致电我们讨论福利决定。** 请通过本通知首页顶部的电话号码与我们联系。打电话时一定要备妥这个通知和案例/身份证号码。
- 2. 要求行政公平听证会的上诉。** 上诉是一种正式请求，要求在行政听证会上对该决定进行审查。请继续阅读以了解更多信息。

### 什么是公平听证会？

公平听证会是您告诉行政听证官员为什么您不同意该机构关于您的资格、福利和/或您必须支付的任何费用决定的机会。一名机构代表也出席听证会，解释机构决定的依据。根据法律，行政官员必须以公正客观的方式审查双方提出的案件事实。

### 上诉和要求公平听证会的截止日期

下表解释了每个计划提出上诉的截止日期。对于某些计划，如果您在图表中列出的截止日期前提出上诉，您的福利或服务可能会继续，直到做出听证决定。如果您错过了最后期限，您可能会失去上诉的权利。在您提出上诉后，我们将安排您的听证会，并在 90 天内做出决定，如果听证会与您的 SNAP 福利有关，则在 60 天内作出决定。在行政可行的情况下，将在收到上诉请求之日起 90 天内对 HealthSource RI 的所有上诉作出决定。

| 计划       | 您必须以以下方式提出上诉：              | 如果在通知发出后 10 天内提出上诉，福利是否会继续 ( “Aid Pending” )？            |
|----------|----------------------------|--|
| Medicaid | 通知日期后 30 天，<br>加上邮寄时间 5 天  | 是的，除非您另有说明，<br>否则福利将自动继续                                 |
| SNAP     | 自通知邮寄之日起 90 天              | 是的，除非您另有说明，<br>否则福利将自动继续                                 |
| CCAP     | 自通知邮寄之日起 30 天              | 在做出听证决定之前，<br>福利可能会减少。                                   |
| GPA      | 自通知邮寄之日起 10 天              | 是的，但必须以书面形式提出请求  |
| 商业健康保险   | 通知日期后 30 天，<br>加上邮寄时间 5 天。 | 您必须在收到通知后 30<br>天内致电 HealthSource RI，<br>请求 Aid-Pending。 |
| 所有其他计划   | 自通知邮寄之日起 30 天              | 是  |





帐号：

### 快速上诉

如果您迫切需要医疗服务或 SNAP 福利，并且等待标准上诉可能严重危及您的生命或健康，或达到、维持或恢复最大功能的能力，您有权提出快速上诉。鉴于目前的情况，我们必须尽快对快速上诉作出决定。如果我们拒绝您的快速上诉请求，我们必须迅速通知您，并且我们必须通过我们的标准流程处理您的上诉。

### 等待听证期间继续享受福利的权利

您可能有权在等待听证期间继续保持您的福利不变（这被称为“Aid-Pending”）。除通过 HealthSource RI 的商业健康保险外，如果您在 10 天内提出上诉，在大多数情况下，您将自动获得 Aid-Pending。除非您另有证明，否则对于 Medicaid 和 HealthSource RI，我们将假设您在通知日期后 5 天收到通知。

如果您有 Medicaid，并且您收到了 Aid-Pending，然后您上诉失败，州政府可能会让您偿还在 Aid-Pending 期间为您支付的费用。对于 HealthSource RI，只有在您对自提交上诉之日起 30 天内发生的资格重新确定提出上诉，并且通过电话 1-855-840-HSRI (4774) 向 HealthSource RI 提出请求时，才可以使用“Aid-Pending”。如果您正在获得税收抵免以帮助支付保费，并且您收到了 Aid-Pending，然后您上诉失败，那么您明年可能会在联邦税中欠下额外的钱。如果您每月支付保费，您仍必须在 Aid-Pending 期内支付。

如果您领取 SNAP、RIW 或 GPA 福利，并且您收到了 Aid-Pending，然后您上诉失败，您可能需要偿还在此期间发放但无权获得的福利。

### 代表自己的权利和被代表的权利

您有权在听证会上代表自己，或者由您选择的任何人代表，包括律师、辩护人、朋友或亲戚。

法律咨询可从 Rhode Island Legal Services, Inc. 获得，电话：274-2652 或 1-800-662-5034。如果您选择聘请法律代表，代表必须在听证会当天或之前向听证办公室提交书面出庭记录。出庭记录作为保密信息的发布，允许法定代表人查阅本机构的案件记录。听证办公室也需要此文件来确认代表身份，以便进行后续工作、审查、请求延期等。

### 其他家庭成员的资格可能受到影响

我们的上诉决定可能会导致您家庭其他成员的资格发生变化。

### 查阅您的案件记录

您有权查看您的案件记录，包括州政府将在您的听证会上使用的任何证据。如需查看您的案件记录，请致电 1 855-MYRIDHS (1-855-697-4347)。如果您对 HealthSource RI 采取的行动提出上诉，您可以致电以下电话索取一份记录副本：1-855-840-HSRI (4774)。

### 非正式解决方案

无需听证会，我们可能可以快速解决您的问题。请致电 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347)，以便我们对您的案件进行非正式审查。如果您对 HealthSource RI 采取的行动提出上诉，您可以拨打 1-855-840-HSRI (4774) 联系 HealthSource RI，以请求对您的上诉进行非正式审查。我们将与您取得联系，致力于以非正式方式解决您的上诉。您的听证权不会因非正式解决而受到影响。

您具有保密权。根据州法律，所有管理计划的机构均受州和联邦法律法规的约束，只能将您和您家庭其他成员的信息用于与管理计划直接相关的目的，并应遵守《健康保险流通与责任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)》的《个人身份健康信息隐私标准》。HIPAA 限制使我们不能与任何人



帐号：

（包括未经授权的代表）讨论您或您家庭任何成员的健康信息，除非该人有授权书或您已签署授权披露此信息的同意书。这包括披露心理健康信息、HIV、AIDS、STD 检测结果或治疗及药物依赖服务。

除非罗得岛州一般法 40-6-12、40-6-12.1 和 42-7.2-5(13)，以及 DHS 行政法规和 Medicaid 管理法规中的规定，否则 EOHHS 和 DHS 不会在未经您同意的情况下公开您或您家庭其他成员的信息。任何人被认定违反罗得岛州一般法第 40-6-12 节的规定，将被视为犯有轻刑罪。违反者将被处以最高 200 美元 (\$200) 的罚款或最长六 (6) 个月的监禁，或两者并罚。

**您有权**通过儿童抚养服务办公室 (Office of Child Support Services, OCSS) 申请抚养费强制执行服务。如需申请这些服务，请浏览 <http://www.cse.ri.gov/>，或访问当地的儿童抚养服务办公室 (Office of Child Support Services)，地址：77 Dorrance St., Providence, RI 02903。

**您有权**指定一名授权代表。授权代表是由户主或配偶或家庭中任何其他负责成员指定的人员，代表家庭申请计划福利或使用福利。福利授权代表与为申请流程或满足报告要求所指定的授权代表的可以是同一个人，也可以不是。授权代表的指定必须以书面形式进行。

**如果您正在申请 Medicaid 可负担医疗保险，EOHHS 要求本厅必须：**

- 您有三十 (30) 天的时间向我们提供审查您的资格所需的信息。如果您不向我们提供信息或要求更多时间，我们可能会拒绝、关闭或更改您的医疗保险。
- 在大多数情况下，我们会在停止您的医疗保险前至少十 (10) 天通知您。
- 在大多数情况下，我们会在三十 (30) 天内向您提供书面决定。医疗保险和某些残疾案件可能需要四十五 (45) 到九十 (90) 天。
- 在我们决定您是否符合其他计划的资格时，继续罗得岛州 Medicaid 保险。

## 您的责任

**关于您的承保范围和责任的信息：**

**您有责任**在本申请表中提供有关您收入、资源和生活安排的准确信息。

**您有责任**为您自己和您的家庭成员提供社会安全号（或您已申请社会安全号的证明），这是获得参保 资格的条件之一。根据经修订的《2008 年食品和营养法》（以前称为《食品券法》）、《美国法典》第 7 卷第 2011-2036 节和《联邦法律》（《联邦法规》第 45 卷第 155.305 节和第 42 卷第 435.910 节）的授权，您有义务收集申请表上的信息以及接受援助的您所有家庭成员的社会安全号。此信息将用于确定您的家庭是否有资格或继续有资格参加 SNAP、Medicaid、RIW、GPA、CCAP 和/或带有经济援助的商业健康保险。公众服务厅将通过与劳动和培训厅、社会安全管理局 (Social Security Administration, SSA)、国税局 (Internal Revenue Service, IRS)、食品和营养服务局 (Food and Nutrition Service, FNS) 以及法律、法规或合同授权的其他政府和非政府机构进行计算机比对来核实这些信息，并接受联邦、和地方官员的核查。从这些机构获得的收入和资格信息将用于确保您的家庭符合 SNAP 福利、GPA、儿童保育、RIW、Medicaid 和带有经济援助的商业健康保险的资格并获得正确的金额。这些信息还将用于监督计划法规的合规情况、计划管理以及防止欺诈和核实医疗保健索赔。这些信息可能会披露给其他联邦和州机构进行官方审查，也可能会披露给执法人员用于逮捕逃犯。如果出现针对您家庭提出的索赔，您在申请表上提供的信息（包括所有 SSN）可能会被转交给联邦和州机构以及私人理赔收款机构，以采取理赔收款行动。提供所要求的信息是自愿的。但是，未提供 SSN 将导致任何申请福利的个人被拒绝授予福利。所提供的任何 SSN 将以与符合条件的家庭成员的 SSN 相同的方式使用和披露。

**您有责任**与进行质量控制审查的州和联邦人员充分合作。





帐号：

如果您领取 RI Work、儿童保育补助或 Medicaid，**您有责任**与儿童抚养服务办公室 (Office of Child Support Services, OCSS) 合作。您必须帮助确定、修改或执行您所照顾孩子的抚养费，并确定父子关系（如有必要）。如果您能证明您有充分理由相信与儿童抚养服务办公室 (Office of Child Support Services, OCSS) 合作会使您、您的孩子或您照顾的孩子面临来自非监护父母的伤害风险，您可以有充分理由声称不合作。

### **罗得岛工作计划、Medicaid、儿童保育援助和一般公共援助的留置权和转让**

根据《罗得岛州一般法》第 40-6-9、40-6-10 或 40-8-15 条，无需签署任何文件：

#### **a.关于子女抚养费和确定父子关系**

我已将我本人以及我的一个或多个子女可能拥有的任何及所有权利转让给公众服务厅 (Department of Human Services, DHS)，无论是以其自身名义还是作为健康与公众服务执行办公室 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) 的资格代理行事，以起诉任何未能向我本人以及我的一个或多个未成年子女提供支助、抚养费和医疗照顾的人，因为我的一个或多个未成年子女是由这两个机构或其中任何一个机构支付援助的。在此情况下，DHS 有权提起诉讼，以确定父子关系和/或为我本人或我从 DHS 和/或 EOHHS 领取或接受援助的子女收取抚养费。如果我停止获得经济援助或 Medicaid，我必须将影响子女/医疗抚养的任何变化告知儿童抚养服务办公室 (Office of Child Support Services, OCSS)，例如我的子女搬出我家或我的地址发生变化。

#### **b.关于可从第三方补偿的金额**

我已代表我本人和任何经我合法授权代表的人将任何及所有权利转让给 DHS 或 EOHHS，以便从第三方处追回与因意外事故、受伤或疾病而提供的经济援助和 Medicaid 金额相等的金额。

#### **c.关于可从工人赔偿金中补偿的金额**

根据《罗德岛工人赔偿法》(Rhode Island Workers Compensation Act)、《罗德岛普通法》(Rhode Island General Laws) 第 28-29 章至第 28-38 章的规定，公众服务厅和/或卫生与公众服务执行办公室可留置我有权获得的任何未决赔偿金、命令或和解金。留置权的目的是为了确保偿还国家在工伤赔偿裁决、命令或和解期间向我或代表我支付的经济援助和 Medicaid 付款。

#### **d.关于对已故受益人遗产的留置权以获得 Medicaid 偿付**

根据 R.I.G.L. 第 40-8-15 节的规定，EOHHS 可以留置死亡时年龄在五十五 (55) 岁或以上的 Medicaid 受益人的遗产。在本节中，与已故个人有关的“遗产” (estate) 一词应包括所有不动产和个人财产以及包括在或可包括在该个人遗嘱遗产中的其他资产。如果受益人在领取 Medicaid 时已年满五十五 (55) 周岁，那么为其支付的 Medicaid 总金额将成为州政府的债务，并构成对受益人遗产的留置权，留置权的受益人为 EOHHS。但是，留置权有效，且不适用于有配偶、未满二十一 (21) 周岁的子女或《社会安全法》(Social Security Act) 第 XVI 章 (SSI) 所定义的失明或永久性完全残疾子女的受益人的遗产。属于美国印第安人和阿拉斯加原住民的部落土地和某些财产可免于追讨。



**帐号：**

了解您的申请将授权公众服务厅从医疗服务提供者处获取与您或您的申请中包含的任何人相关的信息，直至案件结案为止。

理解并同意 DHS 办公室可能会与其他人或组织联系，以获得您的资格和福利水平的必要证明。

我还了解 EOHHS 和 DHS 可以使用或共享我在申请上和我的私人帐户中提供的信息，以便根据州和联邦法律、合同和法规管理我申请和/或可能向我提供福利的任何计划。EOHHS 和 DHS 可以出于研究目的公开非身份识别信息。任何身份识别信息的披露都必须符合州和联邦法律的规定。

**Medicaid：如由您终止保险**

您的以下家庭成员享有 Medicaid 保险：

|                                  |
|----------------------------------|
| 姓名                               |
| MIFERSOWO EHENJQZWD<br>QXEXHKOXR |

您可以随时终止任何家庭成员的 Medicaid 健康保险。我们提供多种方式来处理您的终止申请：

- 电话：致电公众服务厅 (DHS) 呼叫中心，电话 1-855-697-4347（周一至周五，节假日除外，上午 8:30 至下午 3:00）或 HealthSource RI，电话 1-855-840-4774（周一至周五，节假日除外，上午 8:00 至下午 6:00）
- 当面：前往 DHS 办公室，或亲自将您的终止申请放入 DHS 办公室和地区家庭中心的任何安全投递箱中。有关办公室地点，请访问 [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) 或致电 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)
- 通过邮寄：您也可以在希望保险结束之前至少两周以书面形式提出申请，并将其邮寄至：State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

**Medicaid：由州终止**

您的以下家庭成员享有 Medicaid 保险：

|                                  |
|----------------------------------|
| 姓名                               |
| MIFERSOWO EHENJQZWD<br>QXEXHKOXR |

只有在发生以下情况时，您或您的任何家庭成员在 Medicaid 计划中的承保才会被取消：

- 您或您的家庭成员不再符合可负担保险的资格
- 您或您的家庭成员的保险因申请中的欺诈性信息而被终止。



帐号：

### 如果您有特殊医疗保健需求

如果您家中有人有特殊医疗保健需求，您和您的家庭成员可能有资格通过 **Medicaid** 计划获得更多服务。

- 您家中是否有人有残疾？
- 您家中是否有人需要疗养院护理或其他长期护理服务？
- 您家中是否有人需要支付高额或频繁的医疗费用？

如果是，请了解他们是否符合特殊医疗保健需求的资格。拨打 (855) 712-9158 或访问 [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com) 了解更多信息。





## STATE OF RHODE ISLAND

P.O. BOX 8709

CRANSTON, RI 02920-8787

上诉权

如果您不同意我们的决定，**您可能有权**提出上诉并进行行政公平听证会 (Administrative Fair Hearing)。您可以：

- 1. 致电我们讨论福利决定。** 请通过本通知首页顶部的电话号码与我们联系。打电话时一定要备妥这个通知和案例/身份证号号码。
- 2. 要求行政公平听证会的上诉。** 上诉是一种正式请求，要求在行政听证会上对该决定进行审查。请继续阅读以了解更多信息。

**什么是公平听证会？**

公平听证会是您告诉行政听证官员为什么您不同意该机构关于您的资格、福利和/或您必须支付的任何费用决定的机会。一名机构代表也出席听证会，解释机构决定的依据。根据法律，行政官员必须以公正客观的方式审查双方提出的案件事实。

**上诉和要求公平听证会的截止日期**

下表解释了每个计划提出上诉的截止日期。对于某些计划，如果您在图表中列出的截止日期前提出上诉，您的福利或服务可能会继续，直到做出听证决定。如果您错过了最后期限，您可能会失去上诉的权利。在您提出上诉后，我们将安排您的听证会，并在 90 天内做出决定，如果听证会与您的 SNAP 福利有关，则在 60 天内作出决定。在行政可行的情况下，将在收到上诉请求之日起 90 天内对 HealthSource RI 的所有上诉作出决定。

| 计划       | 您必须以以下方式提出上诉：              | 如果在通知发出后 10 天内提出上诉，福利是否会继续 (“Aid Pending”)？              |
|----------|----------------------------|--|
| Medicaid | 通知日期后 30 天，<br>加上邮寄时间 5 天  | 是的，除非您另有说明，<br>否则福利将自动继续                                 |
| SNAP     | 自通知邮寄之日起 90 天              | 是的，除非您另有说明，<br>否则福利将自动继续                                 |
| CCAP     | 自通知邮寄之日起 30 天              | 在做出听证决定之前，<br>福利可能会减少。                                   |
| GPA      | 自通知邮寄之日起 10 天              | 是的，但必须以书面形式提出请求  |
| 商业健康保险   | 通知日期后 30 天，<br>加上邮寄时间 5 天。 | 您必须在收到通知后 30<br>天内致电 HealthSource RI，<br>请求 Aid-Pending。 |
| 所有其他计划   | 自通知邮寄之日起 30 天              | 是  |



案件编号： XXXXXXXXXX

### 快速上诉

如果您迫切需要医疗服务或 SNAP 福利，并且等待标准上诉可能严重危及您的生命或健康，或达到、维持或恢复最大功能的能力，您有权提出快速上诉。鉴于目前的情况，我们必须尽快对快速上诉作出决定。如果我们拒绝您的快速上诉请求，我们必须迅速通知您，并且我们必须通过我们的标准流程处理您的上诉。

### 等待听证期间继续享受福利的权利

您可能有权在等待听证期间继续保持您的福利不变（这被称为“Aid-Pending”）。除通过 HealthSource RI 的商业健康保险外，如果您在 10 天内提出上诉，在大多数情况下，您将自动获得 Aid-Pending。除非您另有证明，否则对于 Medicaid 和 HealthSource RI，我们将假设您在通知日期后 5 天收到通知。

如果您有 Medicaid，并且您收到了 Aid-Pending，然后您上诉失败，州政府可能会让您偿还在 Aid-Pending 期间为您支付的费用。对于 HealthSource RI，只有在您对自提交上诉之日起 30 天内发生的资格重新确定提出上诉，并且通过电话 1-855-840-HSRI (4774) 向 HealthSource RI 提出请求时，才可以使用“Aid-Pending”。如果您正在获得税收抵免以帮助支付保费，并且您收到了 Aid-Pending，然后您上诉失败，那么您明年可能会在联邦税中欠下额外的钱。如果您每月支付保费，您仍必须在 Aid-Pending 期内支付。

如果您领取 SNAP、RIW 或 GPA 福利，并且您收到了 Aid-Pending，然后您上诉失败，您可能需要偿还在此期间发放但无权获得的福利。

### 代表自己的权利和被代表的权利

您有权在听证会上代表自己，或者由您选择的任何人代表，包括律师、辩护人、朋友或亲戚。

法律咨询可从 Rhode Island Legal Services, Inc. 获得，电话：274-2652 或 1-800-662-5034。如果您选择聘请法律代表，代表必须在听证会当天或之前向听证办公室提交书面出庭记录。出庭记录作为保密信息的发布，允许法定代表人查阅本机构的案件记录。听证办公室也需要此文件来确认代表身份，以便进行后续工作、审查、请求延期等。

### 其他家庭成员的资格可能受到影响

我们的上诉决定可能会导致您家庭其他成员的资格发生变化。

### 查阅您的案件记录

您有权查看您的案件记录，包括州政府将在您的听证会上使用的任何证据。如需查看您的案件记录，请致电 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347)。如果您对 HealthSource RI 采取的行动提出上诉，您可以致电以下电话索取一份记录副本：1-855-840-HSRI (4774)。

### 非正式解决方案

无需听证会，我们可能可以快速解决您的问题。请致电 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347)，以便我们对您的案件进行非正式审查。如果您对 HealthSource RI 采取的行动提出上诉，您可以拨打 1-855-840-HSRI (4774) 联系 HealthSource RI，以请求对您的上诉进行非正式审查。我们将与您取得联系，致力于以非正式方式解决您的上诉。您的听证权不会因非正式解决而受到影响。



帐号：

## 上诉表



### 上诉申请流程

您可以通过以下方式之一申请上诉。如果您提交此表，州政府将完成对您的案件的审查，以尝试解决问题。

- **在线。** 登录您在 <https://healthyrhode.ri.gov> 上的帐户并单击“file an appeal”（提出上诉）。
- **通过电话。** 您可以致电 1-855-840-HSRI (4774) 联系 HealthSource RI，通过 HealthSource RI 就 Medicaid 和购买的健康保险提出上诉。如对 SNAP、RIW、儿童保育、GPA 或 SSP 等公众服务计划有上诉问题，请致电 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347) 与公众服务厅取得联系。
- **当面。** 如需当面协助，请访问 [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) 查看办公室地点。
- **通过邮寄。** 填写此表格并将其邮寄至：ATTN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

姓名（必填）： \_\_\_\_\_

出生日期（必填）： \_\_\_\_\_

账户号码（显示在通知顶部）： \_\_\_\_\_

地址（必填）： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_

电子邮箱： \_\_\_\_\_

您在英语口语、阅读或书写方面需要帮助吗？  是  否：

如果是，您的主要语言是什么？ \_\_\_\_\_

首选联系方法（圈选一项）： 电子邮件/纸质邮件

您必须勾选上诉的原因：

健康保险：

- \_\_\_\_\_ Medicaid
- \_\_\_\_\_ 通过 HSRI 购买的计划
- \_\_\_\_\_ 两者/不确定
- \_\_\_\_\_ 其他（请说明） \_\_\_\_\_

社会服务局：

- \_\_\_\_\_ SNAP
- \_\_\_\_\_ RIW
- \_\_\_\_\_ SSP
- \_\_\_\_\_ GPA
- \_\_\_\_\_ 儿童保育





帐号：

请说明您提出上诉的原因：

---

---

---

您是否立即需要重要的医疗服务或 SNAP 福利？如果是，请说明： 您是否需要加急上诉？  是  否：

如果是，请说明：

---

---

**如果听证裁决对我不利，我明白我必须偿还我被认定为不符合条件的任何援助和/或补助。**

如果有人将帮助您处理上诉或在上诉过程中代表您，请选中此框。可以是律师、朋友或家庭成员。请提供此人的联系信息：

姓名： \_\_\_\_\_  
电话： \_\_\_\_\_  
地址： \_\_\_\_\_  
电子邮箱： \_\_\_\_\_

在等待听证裁决期间，您是否希望您的保险和福利保持不变？  是  否

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_  
(受益人)

**仅由机构填写：**

上诉内容是： \_\_\_\_\_ RIW \_\_\_\_\_ MEDICAID \_\_\_\_\_ GPA  
\_\_\_\_\_ SNAP \_\_\_\_\_ 购买健康保险计划 \_\_\_\_\_ 儿童保育  
\_\_\_\_\_ 其他

指明具体的《政策手册》参考： \_\_\_\_\_ 章节 \_\_\_\_\_

机构对上诉的回应/解释： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

机构代表（签名） \_\_\_\_\_ 主管（签名） \_\_\_\_\_  
（正楷姓名） \_\_\_\_\_ （正楷姓名） \_\_\_\_\_

当地办事处 \_\_\_\_\_



日期 : 05/13/2023

帐号 :

请阅读 - 这将为您节省电费开支

National Grid 为其 DHS 低收入客户提供优惠费率, 可为您节省电费。账单必须在您的名下。

如需申请优惠电费, 请填写下表并签名和注明日期, 然后邮寄给您的电力公司。

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

如果您有任何疑问, 请致电 1-855-MY-RI-DHS(1-855-697-4347) 联系 DHS。

(沿以下一行剪切)

---

82 Hpkj St  
Pawtucket, RI 02860

罗德岛州  
公众服务厅  
生命线援助计划证明表

DHS 帐号: \_\_\_\_\_ DHS 计划 \_\_\_\_\_

电话号码 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (如果有)

电话服务帐号 \_\_\_\_\_



帐号：

请阅读 - 这将为您节省电话账单费用

生命线援助计划

Verizon 和 Cox 通讯公司为 DHS 低收入客户提供每月  
电话费折扣。账单必须在您的名下

链接美国 (LINK-UP-AMERICA) 计划

如需申请电话费折扣和/或生命线援助计划，  
请填写下面的表格，签名并注明日期，然后邮寄至：

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

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

如果您有任何疑问，请致电 1-855-MY-RI-DHS(1-855-697-4347) 联系 DHS。

(沿以下一行剪切)

---

82 Hpkj St  
Pawtucket, RI 02860

罗德岛州  
公众服务厅  
生命线援助计划证明表

DHS 帐号： XXXXXXXXXX

DHS 计划： \_\_\_\_\_

电话号码 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (如果有)

电话服务帐户 \_\_\_\_\_

---

合格受益人签名

---

日期



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៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ ក៏អាចមានសំរាប់អ្នក។ 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, ໂດຍບໍ່ແຈ້ງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 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 nià kɛ dyédɛ gbo: ɔ jũ ké m̄ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò b́éin m̄ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

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

**非歧视通知**

卫生与公众服务执行办公室 (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) 和公众服务厅 (Department of Human Services, DHS) 在接受或提供服务、就业或治疗、教育和其他计划活动方面不存在基于种族、肤色、原国籍、残疾、政治信仰、年龄、宗教或性别的歧视。根据适用法律的其他规定, EOHHS/DHS 不存在基于性取向、性别认同或性别表达的歧视。有关这些非歧视法律、法规和解决歧视投诉的投诉程序的更多信息, 请联系 DHS, 地址为 25 Howard Ave, Bldg.57, Cranston, RI 02920, 电话号码 (401) 462-2971 (聋人/听语障人士 1-800-745-6575 语音; TTY 711)。

