



[REDACTED]  
[REDACTED]  
Warwick, RI 02889



如何联系我们

上网: <https://healthyrhode.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	您的健康保险正在发生变化

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 MM 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： [REDACTED]

## 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： [REDACTED]	出生日期： [REDACTED]
------------------	------------------

有效期/生效日期	援助或保险类型	决定和其他信息
06/01/2023 <u>持续至今</u>	预付保费税收抵免	批准
06/01/2023 <u>持续至今</u>	费用分摊减免	批准
06/01/2023 <u>持续至今</u>	私人健康保险 (医疗保险)	通过自动投保获得批准
06/01/2023 <u>持续至今</u>	MAGI Medicaid	已终结

您年满 65 岁或以上，并且您家中没有符合 Medicaid 资格且由您或您的配偶申报为纳税抚养人的子女。因此，您的 Medicaid 申请已被拒绝。

法律基础：210-RICR-30-00-1.6

您的 2023 年每月保费金额为：\$10.23

### 2023 年商业健康保险详情：

[REDACTED]

您的 Medicaid 保险即将在资格重新确定流程后终止。根据档案信息，您的上述家庭成员有资格通过 HealthSource RI 投保商业健康保险，并获得经济援助。

### 背景：

由于 COVID-19 相关联邦法律规定，罗德岛州必须让 2020 年 3 月 18 日或之后加入 Medicaid 计划的客户继续保留 Medicaid 资格。在此联邦规定结束后，罗德岛州开始定期重新认证和续期程序。



帐号： [REDACTED]

### 资格标准：

您的上述家庭成员已被认定符合自动投保一项私人健康保险计划的项目资格。罗德岛州将支付第一个月和第二个月的应缴保费，但前提是已使用“预付保费税收抵免”(Advanced Premium Tax Credits, APTC)。APTC 是一项税收抵免，当您通过 HealthSource RI 投保时，可用于降低每月保费。您的 APTC 基于您的收入和家庭信息。由于您的家庭收入和 Medicaid 保险的终止，您有资格获得此项福利。

**根据您的资格认定结果，您将自动投保以下健康计划。**您的保险将从以下生效日期开始生效。该保险与您通过 Medicaid 投保的计划不同，尽管可能是同一家保险公司。您需要每月支付保险费（称为“保费”），作为联邦拨款资助的新限时项目的一部分，州政府将为您支付第一个月和第二个月的保费。

依据您的情况，您还被认定有资格享受**特别投保期**。特别投保期从您的 Medicaid 计划结束之日起持续六十天，如果您愿意，可以选择下列计划以外的计划。请注意，如果您更换计划，可能需要支付额外费用，而且可能会改变您加入前两个月保费由州政府支付的自动投保计划的资格。**在此特别投保期内，如有需要，您还可以选择并投保牙科计划。**如果您选择并加入牙科计划，您可能有资格通过该计划获得额外的牙科保费款项。

这一决定的法律依据如下：

220-RICR-90-00-1.8(D); 45 CFR § 155.305; 45 CFR § 155.400; 45 CFR § 155.415; 45 CFR § 155.420。

### 自动投保信息：

- 您将加入 **\*Neighborhood VALUE (CSR94)** 计划。
- 该计划的承保将从 **2023 年 6 月 1 日** 开始，且
- 应用 APTC 后，您的月缴费金额将为 **10.23 美元**。

您每月有资格获得 **886.74 美元** 的 APTC，以减少您每月的保费支出。APTC 将应用于您的每月保费。您可以决定是提前全额领取以减少保费，还是将部分抵免额留待明年退税时使用。根据您的家庭收入，您也有资格享受**费用分担减免 (Cost Sharing Reduction, CSR)** 计划。CSR 计划的免赔额和自付费用较低，这意味着您在就医和接受其他医疗服务时支付的费用较少。**如果您的收入、家庭规模或获得其他健康保险的情况自上次更新帐户以来发生了变化，请务必更新帐户信息。**如果您的帐户信息过时，您可能会提前收到过多的税收抵免，明年报税时可能需要偿还。



帐号： XXXXXXXXXX

接下来会怎么样？

- 如果您不需要或不想要该保险，您必须在 2023 年 7 月 31 日之前选择退出。
- 如果您想保留该计划，请确保您的家庭收入和其他信息是最新的。
  - 在头两个月之后，您将负责支付每月发票指定的每月保费。
- 如果您想加入其他计划，可在上述退出日期之前进行。
  - HealthSource RI 提供多家保险公司的计划，您可以在本项目内选择转到另一家公司的计划。
  - 请注意，如果您更换计划，可能需要支付额外费用，而且可能会改变您加入由州政府支付保费的自动投保计划的资格。
  - 更多详情请访问：[healthsourceri.com/transition](https://healthsourceri.com/transition)
- 请注意查看邮件或电子邮件！您很快将收到一份“投保通知”和一份“发票”，其中包含更多详情和资讯。  
这些文档也将在您的客户门户帐户中提供，以供您参考。

您可以通过以下方式查看或更新您的帐户：

- 在线。在 <https://healthyrhode.ri.gov> 上创建或访问您的用户帐户；
- 通过电话。致电 HealthSource RI 联系中心，电话：1-855-840-4774；或
- 通过我们的免预约服务中心进行当面预约。  
请访问 [healthsourceri.com/appointments/](https://healthsourceri.com/appointments/)，查找最适合您的时间和日期。

有关预期结果和您的选择的更多信息，请访问：[www.healthsourceri.com/transition](https://www.healthsourceri.com/transition)

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： [REDACTED]

## 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的。

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，并在信中提到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 (EOHHS) 和公众服务厅 (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： [REDACTED]

## 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， 加上邮寄时间 5 天	是的，除非您另有说明， 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， 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， 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， 加上邮寄时间 5 天。	您必须在收到通知后 30 天内致电 HealthSource RI， 请求 Aid-Pending。
所有其他计划	自通知邮寄之日起 30 天	是



帐号： [REDACTED]

## 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： [REDACTED]

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（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。

## 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。

### 保险费税收抵免信息

您可以选择推迟部分健康保险税收抵免额，并在申报联邦税时领取余额。在申报联邦税额时，如果您申请的月保费金额超过了您根据年总收入获得的资格，您可能要负责偿还税收抵免。

如需获得健康保险税收抵免资格，您必须遵守以下要求：

- 在接受健康保险的当年报税。
- 按照上述要求报告影响您资格的任何变化。

### 费用分摊减免信息

根据您的收入，您可以获得更多的保险经济援助。费用分担减免可降低您在医疗保健方面的自付金额（换句话说，就是在药店买药或在医生诊所看病的共付额）。例如，如果您的收入减少，您的共付额或自付额可能会降低。降低的幅度取决于您的家庭收入。如果您的家庭收入发生变化，您的共付额和自付额也可能发生变化。

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





帐号： [REDACTED]

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。

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。



帐号： [REDACTED]

**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。

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。

**商业健康保险计划：如由您终止保险**

您可以随时终止任何家庭成员的健康保险。他们的保险将在您提交申请当月的最后一天终止。例如，如果您在 5 月 17 日申请终止投保，那么您的最后受保日将是 5 月 31 日。请注意：如果您没有健康保险，您可能需要支付罚款。

**商业健康保险计划：如由承保人或交易所终止保险**

您的下列家庭成员可能已加入商业健康保险计划：

姓名
[REDACTED]

只有在以下情况下，您或您的任何家庭成员在商业健康保险计划中的保险才会被取消：

- 如果您或您的家庭成员不再符合通过 Medicaid 或 HealthSource RI 获得可负担保险的资格
- 如果您或您的家庭成员未支付保费且宽限期结束 (45 CFR § 155.430(b)(2)(ii))，
- 如果您或您的家庭成员因在申请中提供虚假信息而被终止承保
- 如果您或您家庭成员的保险公司倒闭、失去州法律规定的执照或认证，以及
- 如果您或您的家庭成员在开放或特别投保期内改投 HealthSource RI 提供的其他计划。



帐号： [REDACTED]

### 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， 加上邮寄时间 5 天	是的，除非您另有说明， 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， 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， 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， 加上邮寄时间 5 天。	您必须在收到通知后 30 天内致电 HealthSource RI， 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： [REDACTED]

## 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： XXXXXXXXXX

## 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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_





帐号： [REDACTED]

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 ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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)

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 dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin 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)。

