

ВАШИ ПРАВА

Информация о вашем страховом покрытии и правах

Вы имеете ПРАВО запросить и (в случае подтверждения вашего соответствия условиям) получить финансовые льготы, льготы Medicaid или пособие по Программе дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) на основании правил и стандартов, установленных в соответствии со штатными и федеральными законами и нормами.

Вы можете иметь право подать апелляцию и запросить проведение беспристрастного административного слушания (Administrative Fair Hearing), если вы не согласны с нашими решениями. Вы можете:

- 1. Позвонить нам, чтобы обсудить решение о льготах или пособии.** Позвоните нам по телефону, указанному вверху первой страницы данного уведомления. Во время звонка имейте под рукой это уведомление и будьте готовы сообщить номер дела или идентификационный номер.
- 2. Подать апелляцию для рассмотрения в рамках беспристрастного административного слушания.** Апелляция — это официальный запрос на пересмотр решения в ходе административного слушания. Подробная информация приведена ниже.

Что такое беспристрастное слушание?

Беспристрастное слушание — это ваша возможность сообщить ведущему административного слушания, почему вы не согласны с решением агентства о вашем праве на участие в программе, льготах, пособиях и/или расходах, которые вы должны оплатить. На слушании также присутствует представитель агентства, который объясняет, на каком основании агентство приняло решение. По закону ведущий административного слушания должен справедливо и объективно рассматривать факты дела, представленные обеими сторонами.

Сроки подачи апелляции и заявления на проведение беспристрастного слушания

В таблице ниже указаны сроки подачи апелляции по каждой программе. В некоторых программах вы можете продолжать получать льготы или услуги до момента принятия решения по результатам слушания, если вы подадите апелляцию в сроки, указанные в таблице. Если вы пропустите указанный срок, вы можете потерять право на апелляцию. После того как вы подали апелляцию, мы назначаем дату слушания по вашему делу и выносим решение в течение 90 дней (или 60 дней, если слушание касается пособия по программе SNAP). Решение по всем апелляциям HealthSource RI выносится в течение 90 дней с даты получения заявления на апелляцию, если это возможно с административной точки зрения.

Программа	Вы должны подать апелляцию в течение:	Продолжается ли предоставление льгот, если апелляция подана в течение 10 дней с даты уведомления («Aid Pending»)?
Medicaid	30 дней после даты уведомления плюс пять дней на почтовую доставку	Да, предоставление льгот автоматически продолжается, если вы не дали иного указания
SNAP	90 дней после даты отправки уведомления	Да, предоставление льгот автоматически продолжается, если вы не дали иного указания
CCAP	30 дней после даты отправки уведомления	Льготы могут предоставляться в меньшем объеме до момента принятия решения по результатам слушания.
GPA	10 дней после даты отправки уведомления	Да, но необходимо подать заявление в письменной форме
Коммерческое медицинское страхование	30 дней после даты уведомления плюс пять дней на почтовую доставку.	Вы должны позвонить в HealthSource RI в течение 30 дней после даты уведомления и запросить сохранение льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending).
Все другие программы	30 дней после даты отправки уведомления	Да



Учетная запись: [REDACTED]

Ускоренное рассмотрение апелляций

Вы имеете право на ускоренное рассмотрение апелляции, если у вас есть неотложная потребность в медицинских услугах или пособии SNAP и ожидание в течение обычного периода рассмотрения апелляции может создать серьезную угрозу для вашей жизни, здоровья или способности достичь, поддерживать или восстановить максимальную функцию. Учитывая обстоятельства дела, принимаем решение об ускоренном рассмотрении апелляции как можно быстрее. Если ваше заявление на ускоренное рассмотрение апелляции отклонено, мы незамедлительно сообщаем вам об этом и рассматриваем вашу апелляцию по стандартной процедуре.

Право на сохранение льгот на период ожидания слушания

Вы можете иметь право продолжать получать льготы в прежнем объеме в период ожидания слушания (это называется «сохранение льгот в период рассмотрения дела» или «Aid-Pending»). За исключением получения коммерческого медицинского страхования через HealthSource RI, если вы подали апелляцию в течение 10 дней, в большинстве случаев ваши льготы автоматически сохраняются в период рассмотрения дела (Aid-Pending). Если вы не можете доказать обратное, мы считаем, что уведомление для Medicaid и HealthSource RI было получено вами через 5 дней после даты, указанной в уведомлении.

Если у вас есть страхование Medicaid и ваши льготы сохраняются в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения вашей апелляции штат может взыскать с вас стоимость льгот, полученных в период Aid-Pending. Для HealthSource RI сохранение льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending) доступно только в том случае, если вы подаете апелляцию на повторное определение права на участие, которое произошло в течение 30 дней с даты подачи апелляции и заявление подано в HealthSource RI по телефону 1-855-840-HSRI (4774). Если вы получаете налоговый кредит для оплаты страховых взносов и вам сохранены льготы в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения апелляции у вас в следующем году может возникнуть задолженность по федеральным налогам. Если вы платите ежемесячные взносы, вы должны продолжать их платить в случае сохранения льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending).

Если вы участвуете в программе SNAP, RIW или GPA и у вас сохраняются льготы в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения вашей апелляции вам, возможно, придется вернуть сумму льгот, которые вы получили в период рассмотрения дела, но на которые вы не имели права.

Право представлять себя и право на юридическое представительство

Вы имеете право представлять себя на слушании самостоятельно или быть представленным лицом по вашему выбору, в том числе адвокатом, юристом, другом или родственником.

Юридическую консультацию можно получить в Rhode Island Legal Services, Inc. по телефону 274-2652 или 1-800-662-5034. Если у вас есть юридический представитель, он должен подать в Отдел проведения слушаний (Hearing Office) письменное заявление о юридическом представлении (Entry of Appearance) до слушания или на слушании. Заявление о юридическом представлении открывает доступ к конфиденциальной информации, давая юридическому представителю доступ к вашему делу в агентстве. Оно также требуется в Отделе проведения слушаний в качестве подтверждения юридического представительства для последующих действий, проверки, запроса переноса рассмотрения апелляции и т. д.

Возможное изменение права участия других членов домохозяйства

Решение по вашей апелляции может привести к изменению права на участие в программе другого члена вашего домохозяйства.

Доступ к материалам вашего дела

Вы имеете право знакомиться с материалами вашего дела, включая доказательства, которые штат будет использовать в ходе слушания. Чтобы ознакомиться с материалами вашего дела, позвоните нам по телефону 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Если вы оспариваете действие HealthSource RI, вы можете заказать копию своего дела по телефону: 1-855-840-HSRI (4774).

Неофициальное урегулирование

Бывают ситуации, когда мы можем быстро решить вашу проблему без проведения слушания. Чтобы рассмотреть ваше дело в неофициальном порядке, позвоните по телефону 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Если вы оспариваете действие HealthSource RI, для запроса неофициального урегулирования позвоните в HealthSource RI по телефону 1-855-840-HSRI (4774). Мы свяжемся с вами, чтобы попытаться разрешить вашу апелляцию в неофициальном порядке. Усилия по неофициальному урегулированию вашей проблемы не влияют на ваше право на слушание.

Вы имеете ПРАВО на конфиденциальность. В соответствии с законодательством штата все агентства, осуществляющие программы, обязаны согласно штатным и федеральным законам и нормам использовать информацию о вас и других членах вашего домохозяйства только в целях, непосредственно связанных с



Учетная запись: ██████████

осуществлением программ и в соответствии со стандартами конфиденциальности персональной медицинской информации, содержащихся в Законе о преемственности и подотчетности медицинского страхования (**Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA**). Ограничения HIPAA не позволяют нам обсуждать медицинскую информацию о вас или любом члене вашего домохозяйства с любыми лицами (в том числе с неуполномоченным представителем), за исключением случаев, когда это лицо имеет доверенность или вы подписали форму согласия, разрешающую раскрытие этой информации. Это включает раскрытие информации о психическом здоровье, результатах лечения или тестов для ВИЧ, СПИД, заболеваний, передающихся половым путем (STD), и наркологических услугах.

EOHHS и DHS не разглашают информацию о вас или других членах вашего домохозяйства без вашего согласия, за исключением случаев, предусмотренных Общими законами штата Род-Айленд 40-6-12, 40-6-12.1 и 42-7.2-5(13) и нормами, изложенными в Административном кодексе DHS и Кодексе административных правил Medicaid. Любое лицо, признанное виновным в нарушении положений Общих законов штата Род-Айленд 40-6-12, считается виновным в совершении мисдиминора. Нарушители несут наказание в виде штрафа в размере до двухсот долларов (\$200) или тюремного заключения на срок до шести (6) месяцев, либо обеих этих форм наказания.

Вы имеете ПРАВО подать заявление на принудительное взыскание алиментов через Отдел по взысканию алиментов на детей (Office of Child Support Services, OCSS). Получить форму заявления на эти услуги можно на сайте <http://www.cse.ri.gov/> или в местном офисе Отдела по взысканию алиментов на детей (Office of Child Support Services) по адресу: 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

Вы имеете ПРАВО назначить уполномоченного представителя. Уполномоченный представитель — это лицо, назначенное главой домохозяйства, супругом/супругой или любым другим ответственным членом домохозяйства действовать от имени домохозяйства при подаче заявления на получение льгот по программе или при использовании льгот. Уполномоченный представитель по льготам не обязательно должен быть тем же лицом, которое назначено уполномоченным представителем для подачи заявления или для соблюдения требований по отчетности. Назначение уполномоченного представителя выполняется в письменном виде.

ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ

Информация о вашем страховом покрытии и обязанностях:

Вы ОБЯЗАНЫ предоставлять в этом заявлении точную информацию о вашем доходе, ресурсах и условиях проживания.

Информация о налоговом кредите на страховые взносы

Вы можете отложить получение части суммы налогового кредита по медицинскому страхованию и получить остаток при подаче федеральной налоговой декларации. Возможно, вам придется вернуть часть суммы налогового кредита при подаче федеральной налоговой декларации, если сумма, использованная для уплаты ежемесячных страховых взносов, превышает сумму, которая вам предоставлена на основании вашего общего годового дохода.

Чтобы получить налоговый кредит по медицинскому страхованию, вы должны соответствовать следующим требованиям:

- Вы должны подать декларацию за год, в который вы получаете страховое покрытие.
- Вы должны сообщать обо всех изменениях, влияющих на ваше право на участие, как описано выше.

Информация о снижении сумм совместной оплаты

Вы можете получить дополнительную финансовую помощь для страхования в зависимости от вашего дохода. При снижении сумм совместной оплаты снижается сумма, которую вы сами должны платить за медицинское обслуживание (другими словами, при покупке лекарств в аптеке или при доплате за медицинские услуги у врача). Например, в случае снижения вашего дохода размер доплаты или франшизы может быть снижен. Уровень снижения зависит от размера дохода вашего домохозяйства. Если меняется доход вашего домохозяйства, ваш размер доплаты и франшизы также может измениться.

Вы ОБЯЗАНЫ предоставить номера социального страхования (или подтверждение того, что вы подали заявление на получение номера социального страхования) для себя и членов вашего домохозяйства в качестве обязательного условия участия в программе. Сбор информации, указанной в заявлении, а также номеров социального страхования всех членов вашего домохозяйства, для которых вы получаете помощь, разрешен в соответствии с Законом о пищевых продуктах и питании (Food and Nutrition Act) от 2008 года (ранее Закон о продовольственных талонах) с поправками, 7 U.S.C. 2011–2036 и в соответствии с Федеральным законом (45 CFR 155.305 и 42 CFR 435.910). Эта информация будет использоваться для определения права (или сохранения права) вашего домохозяйства на участие в программах SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP и/или коммерческом медицинском страховании с финансовой помощью. Департамент проверяет эту информацию путем компьютерной сверки с данными Департамента труда и обучения (Department of Labor and Training, DLT), Администрации социального обеспечения (Social Security Administration), Налогового управления (Internal Revenue Service, IRS), Службой продовольствия и питания (Food and Nutrition Service, FNS) и другими правительственными



Учетная запись: [REDACTED]

и неправительственными организациями, уполномоченными законом, постановлением или договором, и они будут подлежать проверке федеральными, штатными и местными чиновниками. Информация о доходе и праве на участие, полученная от этих агентств, будет использоваться для проверки того, что ваше домохозяйство имеет право на получение и получает в надлежащем объеме пособие SNAP, GPA, пособие по уходу за ребенком, RIW, Medicaid и коммерческое медицинское страхование с финансовой помощью. Эта информация также будет использоваться для контроля за соблюдением правил программы, для управления программой, а также для предотвращения мошенничества и проверки требований на медицинские услуги.

Эта информация может быть раскрыта другим федеральным и штатным агентствам для официального изучения, а также должностным лицам правоохранительных органов для целей задержания лиц, скрывающихся от закона. В случае возникновения претензии к вашему домохозяйству информация, указанная вами в заявлении (включая номера социального страхования), может быть передана федеральным и штатным агентствам, а также в частные коллекторские агентства для взыскания средств по претензии. Предоставление запрашиваемых сведений является добровольным. Однако непредоставление SSN приведет к отказу в предоставлении пособия лицу, подающему заявление на получение пособия. Предоставленные номера SSN будут использоваться и раскрываться таким же образом, как и номера SSN соответствующих критериям членом домохозяйства.

Вы ОБЯЗАНЫ в полной мере сотрудничать со штатными и федеральными должностными лицами, выполняющими проверки качества.

Вы ОБЯЗАНЫ сотрудничать с Отделом по взысканию алиментов на детей (Office of Child Support Services, OCSS), если вы получаете льготы RI Works, пособие по уходу за ребенком (Child Care Assistance) или Medicaid. Вы должны оказывать помощь в назначении, изменении или принудительном взыскании алиментов на ребенка (детей), находящихся под вашей опекой, и (при необходимости) в установлении отцовства. Если вы можете доказать, что у вас есть достаточные основания считать, что сотрудничество с Отделом по взысканию алиментов на детей создает для вас, ваших детей или детей, находящихся под вашей опекой, риск причинения вреда со стороны родителя, не являющегося опекуном, вы можете отказаться от сотрудничества в связи с достаточным основанием.

АРЕСТ ИМУЩЕСТВА И ПЕРЕУСТУПКА ПРАВ ПО ПРОГРАММЕ RI WORKS, MEDICAID, ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ И ОБЩЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с разделами 40-6-9, 40-6-10 или 40-8-15 Общего закона штата Род-Айленд, без необходимости подписания документа:

а) В отношении алиментов на ребенка и установления отцовства

Я передаю все права, которые я могу иметь для себя и от своего имени, а также для и от имени моего ребенка (детей), Департаменту социальных служб (Department of Human Services, DHS), действующему самостоятельно или в качестве агента по проверке права участия для Исполнительного управления здравоохранения и социальных служб (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) в отношении любого лица, не обеспечивающего поддержку, содержание и медицинскую помощь мне и моему несовершеннолетнему ребенку или детям, помощь которым оплачивается одним или обоими агентствами. В этом качестве DHS уполномочен возбудить иск об установлении отцовства и/или взыскать алименты для меня или моего ребенка или детей, которые получают или получали помощь от DHS и/или EOHHS. Если я перестану получать финансовую помощь или страхование Medicaid, я обязуюсь сообщить в Отдел по взысканию алиментов на детей (Office of Child Support Services, OCSS) обо всех изменениях, которые влияют на алименты на ребенка/медицинскую поддержку (например, в случае если мой ребенок переехал в другое место из моего дома или изменился мой адрес).

б) В отношении сумм, взыскиваемых с третьей стороны

Я передаю все права DHS или EOHHS для себя и от своего имени и от имени любого лица, которого я имею законное право представлять, на суммы, взыскиваемые с третьей стороны, в размере, равном сумме финансовой помощи и льгот Medicaid, предоставленных в результате несчастного случая, травмы или болезни.

с) В отношении сумм, взыскиваемых из компенсации по нетрудоспособности

Департамент социальных служб и/или Исполнительное управление здравоохранения и социальных служб могут наложить арест на любое ожидающее решения вознаграждение, распоряжение или выплату, на которые я могу иметь право в соответствии с положениями Закона о компенсациях работникам штата Род-Айленд, главами с 28-29 до 28-38 Общих законов Род-Айленда. Целью ареста средств является обеспечение возмещения штату финансовых выплат и выплат по программе Medicaid, произведенных мне или от моего имени за период времени, за который выдается компенсация по нетрудоспособности, приказ или выплата.



Учетная запись: [REDACTED]

d) Относительно ареста имущества умершего получателя для возмещения расходов по программе Medicaid

В соответствии с R.I.G.L. 40-8-15 EOHHS может наложить арест на имущество получателя Medicaid, которому на момент смерти было пятьдесят пять (55) лет или больше. Для целей настоящего раздела термин «имущество» в отношении умершего лица включает все недвижимое и личное имущество и другие активы, включенные или могущие быть включенными в завещанное имущество данного лица. Общая сумма Medicaid, выплаченная от имени получателя Medicaid, которому на момент получения было пятьдесят пять (55) лет или более, является долгом перед штатом и является арестом имущества получателя в пользу EOHHS. Однако арест действует и не применяется к имуществу получателя, у которого осталась супруга (супруг), который является ребенком в возрасте до двадцати одного (21) года или слепым или постоянно и полностью нетрудоспособным ребенком, как это определено в Разделе XVI (SSI) Закона о социальном обеспечении. Земли племен и определенная недвижимость, принадлежащая американским индейцам и коренным народам Аляски, могут быть освобождены от взыскания.

Нужно понимать, что ваше заявление будет служить разрешением Департаменту социальных служб на получение от поставщиков медицинских услуг информации, которая имеет отношение к вам или любому лицу, включенному в ваше заявление, до тех пор, пока дело остается открытым.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что офис DHS может связываться с другими лицами или организациями для получения необходимых доказательств моего права на получение льгот и определенного уровня льгот.

Я также понимаю, что EOHHS и DHS могут использовать или передавать информацию, предоставленную мной в заявлении и в моей личной учетной записи, для управления программами, на участие в которых мной подано заявление, и/или могут предоставлять мне льготы в соответствии со штатными и федеральными законами, договорами и правилами. EOHHS и DHS могут предоставлять анонимную информацию в исследовательских целях. Любая передача идентифицирующей информации должна производиться в соответствии со штатным и федеральным законодательством.

Коммерческий план медицинского страхования: прекращение действия по вашей инициативе

Вы можете в любое время прекратить действие медицинского страхования для любого члена вашего домохозяйства. Действие его страхования закончится в последний день месяца, в котором вы отправили заявление о прекращении страхования. Например, если вы прислали заявление о прекращении страхования 17 мая, то действие вашего страхования закончится 31 мая. Обратите внимание, что вы можете заплатить штраф, если у вас не будет медицинской страховки.

Коммерческий план медицинского страхования: прекращение действия по инициативе страховой компании или биржи

Следующие члены вашего домохозяйства могут быть зарегистрированы в коммерческом плане медицинского страхования:

Имя и фамилия

Ваша страховка или страховка члена вашего домохозяйства, участвующего в коммерческом плане медицинского страхования, может быть аннулирована только в следующих случаях:

- если вы или член вашего домохозяйства больше не имеете права на получение доступного страхования через Medicaid или HealthSource RI,
- если вы или член вашего домохозяйства не платите страховые взносы и ваш льготный период заканчивается (45 CFR § 155.430(b)(2)(ii)),
- если действие страхования для вас или члена вашего домохозяйства прекращено из-за недостоверной информации, указанной в вашем заявлении,
- если страховая компания, предоставляющая страхование вам или члену вашего домохозяйства, прекратила деятельность, потеряла лицензию или сертификат в соответствии с законодательством штата и
- если вы или член вашего домохозяйства перешли в другой план, предлагаемый на HealthSource RI, в течение открытого или специального периода регистрации.



Учетная запись: ██████████

Если у вас есть специальные медицинские потребности

Вы и члены вашего домохозяйства можете иметь право на получение дополнительных услуг по программе Medicaid, если у кого-либо из членов вашего домохозяйства есть особые медицинские потребности.

- Кто-либо в вашем домохозяйстве имеет инвалидность?
- Кто-либо в вашем домохозяйстве нуждается в обслуживании в центре сестринского ухода или в других услугах долгосрочного ухода?
- Кто-либо в вашем домохозяйстве получает высокие или частые счета за медицинские услуги?

Если да, то узнайте, соответствуют ли они критериям для особых медицинских потребностей. Для получения подробной информации позвоните по телефону (855) 712-9158 или посетите сайт www.HealthSourceRI.com.





STATE OF RHODE ISLAND
 P.O. BOX 8709
 CRANSTON, RI 02920-8787

ПРАВО НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Вы можете иметь право подать апелляцию и запросить проведение беспристрастного административного слушания (Administrative Fair Hearing), если вы не согласны с нашими решениями. Вы можете:

- 1. Позвонить нам, чтобы обсудить решение о льготах или пособиях.** Позвоните нам по телефону, указанному вверху первой страницы данного уведомления. Во время звонка имейте под рукой это уведомление и будьте готовы сообщить номер дела или идентификационный номер.
- 2. Подать апелляцию для рассмотрения в рамках беспристрастного административного слушания.** Апелляция — это официальный запрос на пересмотр решения в ходе административного слушания. Подробная информация приведена ниже.

Что такое беспристрастное слушание?

Беспристрастное слушание — это ваша возможность сообщить ведущему административного слушания, почему вы не согласны с решением агентства о вашем праве на участие в программе, льготах, пособиях и/или расходах, которые вы должны оплатить. На слушании также присутствует представитель агентства, который объясняет, на каком основании агентство приняло решение. По закону ведущий административного слушания должен справедливо и объективно рассматривать факты дела, представленные обеими сторонами.

Сроки подачи апелляции и заявления на проведение беспристрастного слушания

В таблице ниже указаны сроки подачи апелляции по каждой программе. В некоторых программах вы можете продолжать получать льготы или услуги до момента принятия решения по результатам слушания, если вы подадите апелляцию в сроки, указанные в таблице. Если вы пропустите указанный срок, вы можете потерять право на апелляцию. После того как вы подали апелляцию, мы назначаем дату слушания по вашему делу и выносим решение в течение 90 дней (или 60 дней, если слушание касается пособия по программе SNAP). Решение по всем апелляциям HealthSource RI выносится в течение 90 дней с даты получения заявления на апелляцию, если это возможно с административной точки зрения.

Программа	Вы должны подать апелляцию в течение:	Продолжается ли предоставление льгот, если апелляция подана в течение 10 дней с момента уведомления («Aid Pending»)?
Medicaid	30 дней после даты уведомления плюс пять дней на почтовую доставку	Да, предоставление льгот автоматически продолжается, если вы не дали иного указания
SNAP	90 дней после даты отправки уведомления	Да, предоставление льгот автоматически продолжается, если вы не дали иного указания
CCAP	30 дней после даты отправки уведомления	Льготы могут предоставляться в меньшем объеме до момента принятия решения по результатам слушания.
GPA	10 дней после даты отправки уведомления	Да, но необходимо подать заявление в письменной форме
Коммерческое медицинское страхование	30 дней после даты уведомления плюс пять дней на почтовую доставку.	Вы должны позвонить в HealthSource RI в течение 30 дней после даты уведомления и запросить сохранение льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending).
Все другие программы	30 дней после даты отправки уведомления	Да



№ дела: [REDACTED]

Ускоренное рассмотрение апелляций

Вы имеете право на ускоренное рассмотрение апелляции, если у вас есть неотложная потребность в медицинских услугах или пособии SNAP и ожидание в течение обычного периода рассмотрения апелляции может создать серьезную угрозу для вашей жизни, здоровья или способности достичь, поддерживать или восстановить максимальную функцию. Учитывая обстоятельства дела, принимаем решение об ускоренном рассмотрении апелляции как можно быстрее. Если ваше заявление на ускоренное рассмотрение апелляции отклонено, мы незамедлительно сообщаем вам об этом и рассматриваем вашу апелляцию по стандартной процедуре.

Право на сохранение льгот на период ожидания слушания

Вы можете иметь право продолжать получать льготы в прежнем объеме в период ожидания слушания (это называется «сохранение льгот в период рассмотрения дела» или «Aid-Pending»). За исключением получения коммерческого медицинского страхования через HealthSource RI, если вы подали апелляцию в течение 10 дней, в большинстве случаев ваши льготы автоматически сохраняются в период рассмотрения дела (Aid-Pending). Если вы не можете доказать обратное, мы считаем, что уведомление для Medicaid и HealthSource RI было получено вами через 5 дней после даты, указанной в уведомлении.

Если у вас есть страхование Medicaid и ваши льготы сохраняются в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения вашей апелляции штат может взыскать с вас стоимость льгот, полученных в период Aid-Pending. Для HealthSource RI сохранение льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending) доступно только в том случае, если вы подаете апелляцию на повторное определение права на участие, которое произошло в течение 30 дней с даты подачи апелляции и заявление подано в HealthSource RI по телефону 1-855-840-HSRI (4774). Если вы получаете налоговый кредит для оплаты страховых взносов и вам сохранены льготы в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения апелляции у вас в следующем году может возникнуть задолженность по федеральным налогам. Если вы платите ежемесячные взносы, вы должны продолжать их платить в случае сохранения льгот в период рассмотрения дела (Aid-Pending).

Если вы участвуете в программе SNAP, RIW или GPA и у вас сохраняются льготы в период рассмотрения дела (Aid-Pending), то в случае отклонения вашей апелляции вам, возможно, придется вернуть сумму льгот, которые вы получили в период рассмотрения дела, но на которые вы не имели права.

Право представлять себя и право на юридическое представительство

Вы имеете право представлять себя на слушании самостоятельно или быть представленным лицом по вашему выбору, в том числе адвокатом, юристом, другом или родственником.

Юридическую консультацию можно получить в Rhode Island Legal Services, Inc. по телефону 274-2652 или 1-800-662-5034. Если у вас есть юридический представитель, он должен подать в Отдел проведения слушаний (Hearing Office) письменное заявление о юридическом представлении (Entry of Appearance) до слушания или на слушании. Заявление о юридическом представлении открывает доступ к конфиденциальной информации, давая юридическому представителю доступ к вашему делу в агентстве. Оно также требуется в Отделе проведения слушаний в качестве подтверждения юридического представительства для последующих действий, проверки, запроса переноса рассмотрения апелляции и т. д.

Возможное изменение права участия других членов домохозяйства

Решение по вашей апелляции может привести к изменению права на участие в программе другого члена вашего домохозяйства.

Доступ к материалам вашего дела

Вы имеете право знакомиться с материалами вашего дела, включая доказательства, которые штат будет использовать в ходе слушания. Чтобы ознакомиться с материалами вашего дела, позвоните нам по телефону 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Если вы оспариваете действие HealthSource RI, вы можете заказать копию своего дела по телефону: 1-855-840-HSRI (4774).

Неофициальное урегулирование

Бывают ситуации, когда мы можем быстро решить вашу проблему без проведения слушания. Чтобы рассмотреть ваше дело в неофициальном порядке, позвоните по телефону 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Если вы оспариваете действие HealthSource RI, для запроса неофициального урегулирования позвоните в HealthSource RI по телефону 1-855-840-HSRI (4774). Мы свяжемся с вами, чтобы попытаться разрешить вашу апелляцию в неофициальном порядке. Усилия по неофициальному урегулированию вашей проблемы не влияют на ваше право на слушание.



ФОРМА АПЕЛЛЯЦИИ



Подача апелляции

Вы можете подать апелляцию, выполнив одно из следующих действий. Если вы отправите эту форму, штат рассмотрит ваше дело, чтобы попытаться решить проблему.

- **Через Интернет.** Войдите в свою учетную запись на сайте <https://healthyrhode.ri.gov> и нажмите «File an Appeal» (Подать апелляцию).
- **По телефону.** Вы можете подать апелляцию в отношении программы Medicaid и медицинского страхования, приобретенного через HealthSource RI, позвонив в HealthSource RI по телефону 1-855-840-HSRI (4774). Если у вас есть вопросы о подаче апелляции в связи с социальными программами (SNAP, RIW, Child Care, GPA или SSP), позвоните в Департамент социальных служб по телефону 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **Лично.** Чтобы получить помощь лично, узнайте адреса офисов на сайте www.dhs.ri.gov.
- **По почте.** Заполните эту форму и отправьте ее почтой по адресу: ATTN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

Имя и фамилия (обязательно): _____

Дата рождения (обязательно): _____

Учетная запись (указана в верхней части уведомления): _____

Адрес (обязательно): _____

Номер телефона: _____

Адрес электронной почты: _____

Вам требуется помощь, чтобы говорить, читать или писать по-английски? Да Нет:

Если да, какой ваш предпочитаемый язык? _____

Предпочтительный способ связи (обведите один вариант): эл. почта / обычная почта

Вы должны отметить одну или несколько причин вашей апелляции:

Медицинское страхование:

- _____ Medicaid
- _____ План, приобретенный через HSRI
- _____ Оба/не знаю
- _____ Другое (поясните) _____

Социальные программы:

- _____ SNAP
- _____ RIW
- _____ SSP
- _____ GPA
- _____ УХОД ЗА РЕБЕНКОМ



Учетная запись:

Объясните причину вашей апелляции:

У вас есть неотложная потребность в медицинских услугах или пособия SNAP? Если да, требуется ли вам ускоренное рассмотрение апелляции? Да Нет:

Если да, поясните:

Я ПОНИМАЮ, ЧТО В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СЛУШАНИЯ РЕШЕНИЕ БУДЕТ ПРИНЯТО НЕ В МОЮ ПОЛЬЗУ, МНЕ ПРИДЕТСЯ ВОЗМЕСТИТЬ СТОИМОСТЬ ВСЕХ УСЛУГ И/ИЛИ ПОСОБИЯ SNAP, НА КОТОРЫЕ Я ПОТЕРЯЮ ПРАВО

Поставьте отметку в этом поле, если другой человек будет помогать вам подать апелляцию или представлять вас во время рассмотрения вашей апелляции. Это может быть адвокат, друг или родственник. Укажите контактную информацию этого человека:

Имя и фамилия: _____

Телефон: _____

Адрес: _____

Адрес электронной почты: _____

Вы хотите, чтобы ваши страхование и льготы продолжали действовать без изменения до вынесения решения по результатам слушания? Да Нет

Подпись _____
(Получатель)

Дата _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО СОТРУДНИКОМ АГЕНТСТВА:

АПЕЛЛЯЦИЯ КАСАЕТСЯ

СЛЕДУЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ: RIW MEDICAID GPA
 SNAP ПРИОБРЕТЕННАЯ СТРАХОВКА УХОД ЗА РЕБЕНКОМ
 ДРУГОЕ

Укажите ссылку на конкретное руководство по политикам: _____ Раздел(ы) _____

Ответ агентства на апелляцию/объяснение: _____

Представитель агентства (подпись) _____ Контролер (подпись) _____

(Имя и фамилия печатными буквами) _____ (Имя и фамилия печатными буквами) _____

Местный офис _____

