

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ЭТИМ ВАЖНЫМ УВЕДОМЛЕНИЕМ ОБ ИЗВЕЩЕНИИ О ПОДТВЕРЖДЕНИИ
ПРОГРАММЫ MEDICAID**

СЕВЕРНАЯ КАРОЛИНА _____ Департамент социального обслуживания округа

Имя: _____

Адрес: _____ Дата отправки: _____

Подтверждения

- Заявка на _____ для _____ одобрена.
Идентификационный номер Medicaid (MID): _____
- Право на участие в _____ для _____ предоставлено.
Действует с _____ по _____
Идентификационный номер Medicaid (MID): _____
- Участие в программе Medicaid **подтверждено** начиная с _____ и заканчивая _____
- По программе Medicaid покрываются все необходимые медицинские услуги.
- По программе Medicaid оплачиваются только расходы на роды и родоразрешение («Неотложная помощь Medicaid»).
- По программе Medicaid покрываются амбулаторные услуги, связанные с беременностью, включая рецепты (не роды, родоразрешение или другие стационарные услуги — предварительные)
- По программе Medicaid оплачиваются только ограниченные услуги, связанные с планированием семьи и вакцинацией от COVID-19. (Информацию об ограниченных услугах см. на стр. 2.)
- Покрытие по программе Medicaid задним числом подтверждено на периоды _____, _____,
Если вы получаете медицинскую помощь по программе Medicare, Medicare несет ответственность за ваши рецепты.

Правила штата, используемые для принятия этого решения, содержатся в _____ Руководства по программе Medicaid для семьи и детей, в котором говорится следующее: _____

Отказы

- В участии в программе Medicaid с _____ по _____ отказано
по причине: правила штата, используемые для принятия этого решения, содержатся в _____ Руководства по программе Medicaid для семьи и детей, в котором говорится следующее: _____

Лица, не имеющие права на получение полного покрытия по программе Medicaid, могут получить медицинскую страховку и помощь в ее оплате через биржу медицинского страхования. Мы отправили им ваши данные. Вы можете дождаться письма от биржи или связаться с ними напрямую. Чтобы связаться с биржей, посетите сайт [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) или позвоните по телефону 1-800-318-2596. После заполнения заявки от биржи придет сообщение, имеете ли вы право на получение медицинского страхования и финансовой помощи. В Северной Каролине несколько некоммерческих организаций предлагают бесплатную очную помощь в подаче заявок на медицинское страхование. Чтобы записаться на прием, позвоните по телефону 1-855-733-3711 или посетите сайт [ncnavigator.net](https://www.ncnavigator.net).

ПРАВО НА РАЗБИРАТЕЛЬСТВО ДЕЛА. Если вы не согласны с этим решением, вы имеете право на разбирательство дела для пересмотра решения. Позвоните своему социальному работнику по указанному ниже номеру в течение 60 дней и обратитесь с просьбой о проведении разбирательства дела. 60-й день — _____. Если вы не обратитесь с просьбой о проведении разбирательства дела до этой даты, то разбирательство не состоится, если у вас нет уважительной причины для пропуска этого срока. Вы можете повторно подать заявку на получение выплат в любое время. Чтобы защитить свои права, вы можете ОДНОВРЕМЕННО повторно подать заявку И запросить проведение разбирательства дела.

БЕСПЛАТНАЯ ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ. Вам может быть предоставлена бесплатная юридическая помощь. Обратитесь в ближайший центр юридической помощи или офис юридической службы либо позвоните по бесплатному телефону 1-866-219-5262.

Имя социального работника: _____

Номер телефона социального работника: _____

Адрес: _____

ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ЗАМЕТОК:

Дело округа №: _____

Идентификационный номер дела: _____

Программа помощи/категория: _____

ВЫ ПОЛУЧИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОВТОРНОЙ РЕГИСТРАЦИИ, КОГДА ПРИДЕТ ВРЕМЯ ПЕРЕСМОТРЕТЬ ВАШЕ ПРАВО НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ MEDICAID.

ОБЯЗАТЕЛЬНО ПОВТОРНО ЗАРЕГИСТРИРУЙТЕСЬ, ЧТОБЫ СОХРАНИТЬ СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ.

ПРОДОЛЖИТЕ ЧТЕНИЕ, ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШЕМ ПРАВЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВА ДЕЛА



Возникла проблема? Вы можете обратиться с просьбой о проведении разбирательства дела.

Разбирательство дела — это мероприятие, на котором беспристрастное лицо рассмотрит ваше дело и назначит вам соответствующие выплаты, если вы имеете на них право. Разбирательство носит неформальный характер и дает вам возможность объяснить, почему вы считаете, что мы неправы. Вы также можете принести на разбирательство новую информацию или документы. Позвоните, напишите своему социальному работнику или в местный офис Medicaid либо свяжитесь с ними через ePASS, чтобы попросить о проведении разбирательства дела. Местное разбирательство будет проведено в течение 5 дней с момента вашего запроса, если вы не попросите о его переносе. Местное разбирательство может быть перенесено по уважительным причинам еще на 10 календарных дней. Затем, если вы считаете, что на местном разбирательстве было принято неправильное решение, позвоните или напишите в местный офис Medicaid В ТЕЧЕНИЕ 15 ДНЕЙ, чтобы попросить о повторном разбирательстве. Повторное разбирательство проводится в присутствии должностного лица штата, проводящего разбирательства. Если вы решите продолжать участие в программе Medicaid, а разбирательство покажет, что изменения были правильными, вам, возможно, придется возместить выплаты, которые вы получили в ожидании решения по разбирательству. Если вы решите не продолжать получать выплаты, а решение по разбирательству будет в вашу пользу, вы получите выплаты задним числом, чтобы покрыть пропущенные выплаты.

РАЗБИРАТЕЛЬСТВО ШТАТА. После местного разбирательства вы имеете право на разбирательство на уровне штата, если обратитесь с просьбой об этом в течение 15 дней с момента отправки по почте решения по местному разбирательству. Разбирательство на уровне штата проводится должностным лицом штата, которое не работает в вашем местном офисе Medicaid. Вы сможете предоставить новую информацию или документы, которые вы не предоставляли в офис Medicaid до разбирательства. Если вы запрашиваете разбирательство по поводу определения инвалидности по медицинским показаниям, местное разбирательство не проводится. Разбирательство по поводу инвалидности по медицинским показаниям проводит должностное лицо штата, руководящее разбирательствами.

НУЖНО ЛИ ВАМ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО НА УРОВНЕ ШТАТА НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО? Если вы

считаете, что обычное разбирательство может поставить под серьезную угрозу вашу жизнь или здоровье либо может угрожать вашей способности обеспечивать, поддерживать или восстанавливать максимальную работоспособность, вы можете запросить ускоренное разбирательство. Ускоренное разбирательство будет проведено в течение 7 дней, если вы не попросите о его переносе. В поддержку вашего запроса вам необходимо будет предоставить документы от человека, осведомленного о вашей ситуации (например, врача, медсестры или социального работника). Если вы не предоставите документы, ваше обращение будет рассмотрено в стандартном порядке.

Знаете ли вы, что имеете право на представительство?

На разбирательстве от вашего имени может выступать, например, родственник, помощник юриста или адвокат, нанятый за ваш счет. **В вашем районе могут быть доступны бесплатные юридические услуги.** Обратитесь в ближайший центр юридической помощи или офис юридической службы либо позвоните по бесплатному телефону **1-866-219-5262**.

Если у вас есть дополнительные вопросы или сомнения, обратитесь для получения информации к своему социальному работнику или позвоните в информационно-справочную службу Центра обслуживания клиентов Министерства здравоохранения и социального обеспечения по бесплатному номеру **1-888-245-0179**. Телекоммуникационный прибор для глухих или усиление голоса для людей с нарушениями слуха также доступны в Центре обслуживания клиентов Министерства здравоохранения и социального обеспечения по номеру **1-888-835-5322**. Часы работы: с 8 утра до 5 вечера, с понедельника по пятницу.

Знаете ли вы, что имеете право ознакомиться со своими документами?

По вашей просьбе перед разбирательством ваш социальный работник покажет вам (или лицу, выступающему от вашего имени) информацию о ваших выплатах. По вашей просьбе вы можете также ознакомиться с другой информацией, которая будет использоваться на разбирательстве. Вы можете получить бесплатные копии этой информации. Вы можете ознакомиться с этой информацией еще раз во время разбирательства.

Вы понимаете свои права?



Вы понимаете, как добиться разбирательства? Если у вас возникли вопросы, как можно скорее свяжитесь со своим социальным работником.

Обязательно сообщайте обо всех изменениях в департамент социального обслуживания в вашем округе в течение 10 календарных дней (5 календарных дней для программы специальной помощи). Если вы не можете оценить важность того или иного изменения, обратитесь к своему социальному работнику. Если вы не сообщаете информацию и об изменениях либо предоставляете недостоверные данные, вас могут обвинить в административном или уголовном правонарушении.

Ограниченные услуги по планированию семьи

Услуги по планированию семьи включают один ежегодный медицинский осмотр (раз в 365 дней), который должен быть назначен в качестве первого визита, и шесть визитов по планированию семьи в течение 365 дней. Услуги включают в себя услуги по контрацепции и противозачаточные средства, необратимую стерилизацию, а также скрининг на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), а также скрининг на ВИЧ. Вы можете получить доступ к этим услугам через департамент здравоохранения, районную или сельскую поликлинику либо через любого поставщика услуг в вашем районе, который принимает ваше покрытие по программе Medicaid по планированию семьи. Если вы выбрали необратимую стерилизацию и было проведено необходимое послеоперационное обследование или если у вас нет медицинской потребности в услугах по планированию семьи, никакие другие услуги в рамках программы Medicaid по планированию семьи не предоставляются. Ваш партнер/партнерша также может потенциально иметь право на участие в программе Medicaid по планированию семьи. Помимо перечисленных здесь услуг по планированию семьи, программа Medicaid по планированию семьи также покрывает расходы на вакцины против COVID-19.