

Дата почтового отправления: <date>

<mailing address>

Дорогой <CONSUMER>: <CIN>

Мы посылаем Вам это уведомление, потому что Вы зарегистрированы у нас как получатель Medical Assistance (также известной под названием Medicaid), и получаете услуги на дому согласно программе «вейвер» (waiver) (также известной под названием «Услуги на дому и в вне дома»).

Департамент социального обеспечения (Department of Human Services) начинает реализацию новой программы, которая меняет порядок предоставления Вам медицинских услуг по линии Medical Assistance и услуг по программе «вейвер» (waiver).

Новая программа называется **Community HealthChoices (CHC)**. В данной программе Вы сохраните все услуги по линии Medical Assistance, которые Вы получаете сейчас.

**Вы начнете получать услуги по программе Community HealthChoices с 1 января 2020 года. Вам необходимо выбрать регулируемый план медицинского обслуживания.**

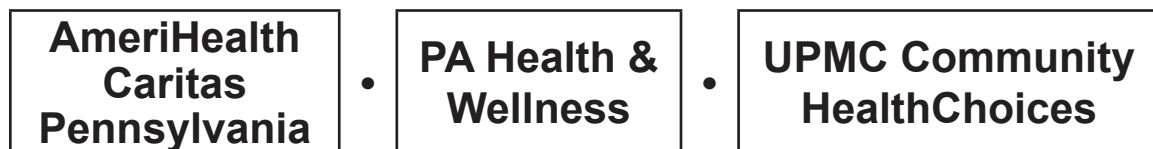
### Что такое CHC?

CHC использует регулируемые планы медицинского обслуживания (планы CHC) для координации и сведения воедино всех оказываемых медицинских услуг и услуг по программе «вейвер» (waiver). Выбранный Вами план CHC будет координировать работу Ваших врачей и провайдеров, чтобы предоставить

Вам все необходимые услуги. Цель СНС – максимально облегчить доступ ко всем необходимым услугам медицинского обслуживания!

Если вы, уже зарегистрированы в плане HealthChoices, СНС заменит план HealthChoices и Вам придется выбрать новый план. Функции СНС во многом совпадают с функциями HealthChoices. Различие заключается в том, что теперь план медицинского обслуживания будет одновременно координировать услуги по линии программы waiver и медицинские услуги.

Вы сможете выбрать один из 3 регулируемых планов. Планы такие:



### Что мне надо делать?

Подождать и через несколько дней получить по почте регистрационный пакет. Затем выбрать план СНС.

В регистрационном пакете имеется вся необходимая информация, которая поможет Вам выбрать свой план СНС. Некоторые планы СНС могут предоставлять дополнительные услуги. В присланном пакете Вы найдете исчерпывающую информацию об услугах, предоставляемых каждым планом СНС.

**ОЧЕНЬ ВАЖНО** правильно подобрать свой план СНС. Он должен полностью отвечать Вашим потребностям и обеспечить наличие необходимых Вам провайдеров.

Необходимо выбрать свой план СНС до **<05/31/2018>**. Если Вы сами не выберете план СНС, Вас автоматически регистрируют в каком-либо из них. **Вы можете изменить свой план СНС в любой момент, независимо от того, сами ли Вы выбрали данный план или были внесены в него автоматически.**

Начиная с 55 лет, Вы получаете право участвовать в программе LIFE. Это альтернативная регулируемая добровольная программа, отличающаяся от СНС. Если Вы желаете зарегистрироваться в программе LIFE, Вас не переведут в СНС. Информацию об этой программе также можно найти в регистрационном пакете.

## **Почему мне нужно получать обслуживание через СНС?**

В соответствии с некоторыми законами департамент может требовать, чтобы вы получали обслуживание через регулируемые программы медицинского обслуживания, например, СНС. Эти законы включают федеральный закон 42 U.S.C. §§ 1396n(b), 1396n(c), и закон штата 62 P.S. §§ 201(2), 403(b).

Дополнительную информацию об изменениях в соответствии с СНС читайте в форме “Извещение СНС - Дополнительная информация”, которую Вы получите вместе с этим письмом.

## **Могу ли я опротестовать решение департамента о предоставлении мне услуг через СНС?**

Вы можете подать апелляцию для судебного разбирательства **только если** Вы считаете, что мы сделали ошибку, и Вы не должны получать услуги через СНС. Вы можете подать апелляцию только если:

- Вам еще нет 21 года;
- Вы участник программы LIFE; или
- Вы не принадлежите к нижеследующим группам:
  - Одновременно получаете услуги от Medicare и Medical Assistance
  - Получаете услуги на дому через программу «вейвер» (waiver); или
  - Получаете услуги в доме престарелых.

Вы не можете подавать апелляцию на основании какой-либо другой причины. Дополнительную информацию смотрите в форме “Форма для апелляции и судебного разбирательства”, которую Вы также получите в этом письме.

Вам нужна юридическая помощь? Вы можете получить бесплатную юридическую помощь, позвонив в свой местный юридический офис по телефону <LEGALSERVICES>, или звоните в Пенсильванский юридический проект в области здравоохранения (Pennsylvania Health Law Project) по телефону 1-800-274-3258.

Благодарим,  
Департамент социального обеспечения Пенсильвании  
(Pennsylvania Department of Human Services)



## **Извещение СНС – Дополнительная информация**

**Как я буду получать услуги в области поведенческого здоровья (также известные как услуги в области психического здоровья и услуги, связанные с употреблением наркотиков и алкоголя)?**

Если Вы уже получаете услуги согласно регулируемому плану в области поведенческого здоровья по линии HealthChoices, Вы сохраните тот же план, который у Вас есть сейчас. Ваш СНС план будет согласован с Вашим планом по поведенческому здоровью, следовательно Вы будете получать все необходимые услуги.

Если Вы получаете услуги по линии Aging Waiver, Вас зарегистрируют в плане по поведенческому здоровью в Вашем административном округе, начиная с 1 января 2020 года. Вы получите об этом информацию по почте позднее в этом году.

**Будет ли доступна программа независимого проживания престарелых (LIFE)?**

Да. Программа LIFE будет существовать как альтернативный вариант для людей старше 55 лет, если они отвечают ее требованиям. Информация об этом будет включена в Ваш регистрационный пакет. Если вы выберете программу LIFE, Вас не переведут в СНС.

**Должен ли я поменять провайдеров моей программы «вейвер» (waiver) или моего координатора по услугам?**

С 1 января по 30 июня 2020 года Вы сможете продолжать пользоваться услугами Ваших нынешних провайдеров программы «вейвер» и Вашего координатора по услугам. После этого Вам, возможно, придется их заменить. Вам нужно будет пользоваться услугами провайдеров, связанных с вашим планом СНС. Если Ваш нынешний провайдер программы «вейвер» или Ваш координатор по услугам не имеет контракта с Вашим планом СНС, план СНС поможет Вам найти других провайдеров, отвечающих Вашим потребностям, или Вы можете поменять Ваш план СНС.

**Что будет, если я больше не состою в программе waiver, когда СНС начнет действовать?**

Если Вы более не участвуете в программе waiver на момент начала действия СНС, Вы получите письмо из департамента, в котором будет сказано, будете ли Вы получать медицинское обслуживание через СНС.

**Где я могу узнать больше о СНС?**

Зайдите на веб-сайт [www.HealthChoices.pa.gov](http://www.HealthChoices.pa.gov) или позвоните по номеру 1-844-824-3655 для получения дополнительной информации.

## Форма для апелляции и судебного разбирательства

Вы можете подать апелляцию и попросить судебного разбирательства по данному извещению, только в случае, если Вы считаете, что мы сделали ошибку по одной из следующих причин:

- 1) Вам еще нет 21 года;
- 2) Вы участник программы LIFE; или
- 3) Вы **не** принадлежите к нижеследующим группам:
  - Одновременно получаете услуги от Medicare и Medical Assistance
  - Получаете услуги на дому через программу waiver; или
  - Получаете услуги в доме для престарелых.

**Вы НЕ можете подать апелляцию на основании какой-либо другой причины.**

Если вы хотите подать апелляцию, это необходимо сделать в течение 30 дней от даты на почтовом штемпеле этого письма. Если на Вашей апелляции отсутствует дата отправки или она передана в местное окружное отделение социальной помощи (CAO), возможно, Ваша апелляция будет отклонена без судебного разбирательства.

Вы можете выбрать судебное разбирательство по телефону или с личным присутствием других участников разбирательства в помещении суда (лицом к лицу).

- Вы можете участвовать в слушании дела по телефону, по которому до Вас можно дозвониться, либо в помещении CAO
- Если вы хотите личного присутствия участников процесса, пожалуйста, сообщите нам, что Вы предпочитаете:
  - 1) Вы хотите, чтобы все участники присутствовали в помещении, где проводится слушание дела вместе с судьей, или хотите проведения видеоконференции. Судья будет находиться в помещении в Harrisburg'e, но Вы можете обратиться в Бюро расследований и апелляций, расположенное поблизости от Вас в Philadelphia, Pittsburgh, Erie, Reading или Harrisburg; или
  - 2) Социальный работник и сотрудник офиса по долгосрочному уходу (OLTL) могут быть на телефоне, а Вы и Ваши свидетели можете находиться вместе с судьей в помещении для слушания дела в Harrisburg'e.

Во время судебного разбирательства Вы можете объяснить судье причины, на основании которых Вы считаете нашу информацию о Вас не соответствующей действительности. Вы можете сами выступать во время слушания или, если вы не хотите выступать сами, мы настоятельно рекомендуем вам пригласить кого-нибудь другого выступить от Вашего имени. Во время разбирательства Вас может представлять адвокат, помощник адвоката, друг, родственник или кто-либо другой на Вашем усмотрению. Могут выступать Ваши свидетели, и Вы можете предоставить документы судье.

Вы можете попросить о предоставлении переводчика на время рассмотрения дела или попросить любую другую помощь, указав это в прилагаемой форме "Форма для апелляции и судебного разбирательства." Это бесплатная услуга. Вы можете пригласить друга или родственника для помощи во время слушания дела, но департамент предоставит официального переводчика.

Вы можете получить бесплатную юридическую помощь, посетив юридический офис, обозначенный в извещении или позвонив туда, в также позвонив в Пенсильванский юридический проект в области здравоохранения (Pennsylvania Health Law Project) по телефону 1-800-274-3258.

Если Вы хотите встретиться с Вашим социальным работником, чтобы обсудить решение или передать нам информацию, которая смогла бы изменить решение, пожалуйста, позвоните в отдел работы с клиентами Департамента социального обеспечения (Department of Human Services Customer Service Center) по телефону 1-877-395-8930. Если Вы хотите назначить встречу, Вы можете прийти с кем-нибудь, кто смог бы выступить от Вашего имени. Встреча не изменит срок рассмотрения Вашего дела и не заменит собой разбирательство Вашего дела.

**Если Вы хотите подать апелляцию, пожалуйста, заполните и подайте форму "Форма для апелляции и судебного разбирательства." Отшлите эту форму по почте <CAO mailing address>.**

ДАТА ПОЧТОВОГО ОТПРАВЛЕНИЯ		НАЗВАНИЕ ДЕЛА	
<MAIL DATE>		<CASE NAME>	
АДРЕС			
<ADDRESS>, <CITY>, <STATE> <ZIP CODE>			
ОКРУГ/НОМЕР РЕГИСТРАЦИИ		CIN	
<COUNTY> <RECORD NUMBER>		<CIN>	



## Форма для апелляции и судебного разбирательства

**Пожалуйста, отметьте какой способ слушания дела Вы предпочитаете:**

- Я хочу слушания дела по телефону. Мои свидетели, я и мой помощник будут доступны по этому номеру телефона: \_\_\_\_\_
- Я хочу слушания дела по телефону. Мои свидетели, я и мой помощник будут находиться в окружном отделении социальной помощи (CAO).
- Во время слушания дела я хочу присутствия в помещении или участия в видеоконференции социального работника, сотрудника офиса по долгосрочному уходу и судьи. Я приду в Бюро судебного разбирательства и апелляций, расположенное в моем регионе (Pittsburgh, Philadelphia, Erie, Reading, или Harrisburg). Помещение суда расположено в Harrisburg.
- Я хочу, чтобы дело слушалось в помещении суда в моем присутствии, присутствии моих свидетелей и моего помощника и судьи, но социальный работник и другой сотрудник офиса по долгосрочному уходу могут свидетельствовать по телефону из своих офисов. Помещение суда расположено в Harrisburg.

**Для проведения слушания по делу:**

- Пожалуйста, отметьте здесь, если Вам нужен бесплатный переводчик для глухонемых по причине того, что Вы глухой или слабослышащий.
- Пожалуйста, отметьте здесь, если Вам нужен бесплатный переводчик по причине того, что Вы не говорите на английском языке или не понимаете английский язык. Какой язык? \_\_\_\_\_
- Пожалуйста, отметьте здесь, если Вам нужна помощь по причине Вашей инвалидности. Опишите необходимую Вам помощь: \_\_\_\_\_

**Я заполняю эту апелляцию, потому что (можете приложить столько страниц, сколько надо):**

**Отметьте то, что Вам подходит:**

- Мне нет 21 года.
- Я участник программы LIFE.
- Я НЕ принадлежу к нижеперечисленным группам:
  - Я не имею одновременно Medical Assistance (также называемой Medicaid) и Medicare.
  - Я не получаю услуги по уходу на дому по линии программы waiver.
  - Я не получаю услуги по уходу в доме для престарелых.

\_\_\_\_\_  
ВАША ПОДПИСЬ

\_\_\_\_\_  
НОМЕР ТЕЛЕФОНА

\_\_\_\_\_  
АДРЕС

\_\_\_\_\_  
ДАТА

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (если он у Вас имеется)

\_\_\_\_\_  
НОМЕР ТЕЛЕФОНА

\_\_\_\_\_  
АДРЕС

\_\_\_\_\_  
ДАТА