

Ważne zmiany w programie Medicaid

Poniżej znajduje się opis ważnych zmian w programie Medicaid, które nie zostały jeszcze ujęte w Księdze nr 1 i 2. Należy uważnie zapoznać się z tymi informacjami.

Księga nr 1, LDSS-4148A – Co należy wiedzieć na temat swoich praw i obowiązków (składając wniosek o świadczenia lub otrzymując je)

Strona nr 3

Prawa w zakresie składania wniosków

- Aby złożyć wniosek o Medicaid nie trzeba brać udziału w rozmowie. Można przesłać wypełniony wniosek w sprawie Medicaid do swojego lokalnego wydziału opieki społecznej lub skontaktować się z osobą pośredniczącą w rejestracji, aby uzyskać pomoc w złożeniu wniosku. Jeśli wypełniasz wniosek LDSS-2921 o tymczasowe wsparcie i jednocześnie składasz wniosek o Medicaid, pamiętaj, żeby zaznaczyć kratkę dla tymczasowego wsparcia i Medicaid na pierwszej stronie wniosku.

Strona 17

Obowiązek przedstawienia dowodu

Jeśli w ciągu najbliższych 3 miesięcy ukończysz 65 lat lub masz 65 lat lub więcej, mogą Ci przysługiwać dodatkowe świadczenia medyczne z programu Medicaid. Warunkiem uprawniającym do korzystania z Medicaid jest złożenie wniosku o Medicare.

Medicare to federalny program ubezpieczeń zdrowotnych dla osób w wieku powyżej 65 lat oraz niektórych osób niepełnosprawnych, niezależnie od dochodu. Jeśli dana osoba jest objęta zarówno programem Medicare, jak i Medicaid, najpierw wypłacane są środki z Medicare, a następnie z Medicaid.

Masz obowiązek złożyć wniosek o Medicare, jeśli:

- Cierpisz na przewlekłą niewydolność nerek lub stwardnienie zanikowe boczne (ALS); **LUB**
- W ciągu najbliższych 3 miesięcy ukończysz 65 lat lub masz już 65 lat lub więcej **ORAZ** Twój dochód jest na poziomie 120% federalnego poziomu ubóstwa lub poniżej (na podstawie rozmiaru gospodarstwa domowego dla jednej osoby lub pary małżeńskiej) lub zgodny z normą Medicaid. W takim przypadku program Medicaid może opłacić Twoje składki Medicare lub zwrócić Ci ich kwoty. Jeśli Twoje składki mogą być opłacone z programu Medicaid, warunkiem uprawniającym do skorzystania z Medicaid będzie złożenie wniosku o Medicare.

Strona 21

Obowiązek przedstawienia dowodu (wersja 2/07)

- Jeśli nie masz 65 lat lub więcej, nie masz zaświadczenia o byciu niewidomym lub niepełnosprawnym, nie musisz nas informować o swoich środkach.

Ważne zmiany w programie Medicaid

Obowiązek rejestracji w Automatycznym Systemie Odcisków Palców (AFIS)

- Do rejestracji w Medicaid nie jest już wymagane pobieranie odcisków palców lub stawianie się w lokalnym wydziale opieki społecznej w celu zrobienia sobie zdjęcia do identyfikatora.

Strona 30 (wersja 2/07)

Nieuwzględnianie alimentów na dziecko - Medicaid

- Pierwsze 100,00 USD na jedno dziecko aktualnie otrzymywanych co miesiąc alimentów nie liczy się do ustalania Twoich uprawnień oraz uprawnień Twojego dziecka do Medicaid. Jeśli dziecko ma zaświadczenie o byciu niewidomym lub niepełnosprawnym, jedna trzecia każdego świadczenia alimentacyjnego, które dziecko otrzymuje od nieobecnego rodzica, nie jest liczona do ustalania uprawnień dziecka do Medicaid.

Obowiązek poddania się pełnym badaniom przesiewowym pod kątem nadużywania alkoholu i substancji psychoaktywnych do celów Medicaid

- Osoby wnioskujące o Medicaid i odbierające świadczenia nie muszą już poddawać się badaniom przesiewowym i ocenom pod kątem nadużywania alkoholu i substancji psychoaktywnych ani obowiązkowemu leczeniu w danych przypadkach.

Strona 31

Obowiązki dotyczące korzystania z usług dostawców Medicaid

Po zatwierdzeniu Twojego wniosku o Medicaid, możesz zostać objęty programem opieki zdrowotnej Medicaid Managed Care. W niektórych okręgach dołączenie do programu jest obowiązkowe. Jeśli potrzebujesz informacji na temat rodzaju programów dostępnych w Twoim okręgu, programów, w których zarejestrowany jest Twój lekarz oraz ewentualnego wymogu dołączenia do programu Managed Care, skontaktuj się z New York Medicaid Choice pod numerem 1-800-505-5678. Możesz też zadzwonić lub udać się do swojego lokalnego wydziału opieki społecznej. Jeśli masz lekarza, u którego w dalszym ciągu chcesz się leczyć, musisz sprawdzić czy jest on zarejestrowany w programie opieki zdrowotnej Medicaid Managed Care, do którego dołączasz. Po dołączeniu do programu opieki zdrowotnej Medicaid Managed Care, otrzymasz osobną kartę ubezpieczenia zdrowotnego w ramach swojego programu.

- Z karty programu opieki zdrowotnej Medicaid Managed Care będziesz korzystać, aby uzyskać dostęp do większości usług objętych przez Medicaid. Kilka usług będzie nadal pokrywanych ze zwykłego programu Medicaid. W przypadku pytań dotyczących usług objętych programem należy skontaktować się z osobami odpowiedzialnymi za Twój program opieki zdrowotnej.

Księga nr 2, LDSS-4148B – Co należy wiedzieć na temat programów opieki społecznej – Pytania i odpowiedzi

Ważne zmiany w programie Medicaid

Strona 9

Sekcja B

Jeśli w ciągu najbliższych 3 miesięcy ukończysz 65 lat lub masz 65 lat lub więcej, mogą Ci przysługiwać dodatkowe świadczenia medyczne z programu Medicaid. Warunkiem uprawniającym do korzystania z Medicaid jest złożenie wniosku o Medicare.

Medicare to federalny program ubezpieczeń zdrowotnych dla osób w wieku powyżej 65 lat oraz niektórych osób niepełnosprawnych, niezależnie od dochodu. Jeśli dana osoba jest objęta zarówno programem Medicare, jak i Medicaid, najpierw wypłacane są środki z Medicare, a następnie z Medicaid.

Masz obowiązek złożyć wniosek o Medicare, jeśli:

- Cierpisz na przewlekłą niewydolność nerek lub stwardnienie zanikowe boczne (ALS); **LUB**
- W ciągu najbliższych 3 miesięcy ukończysz 65 lat lub masz już 65 lat lub więcej **ORAZ** Twój dochód jest na poziomie 120% federalnego poziomu ubóstwa lub poniżej (na podstawie rozmiaru gospodarstwa domowego dla jednej osoby lub pary małżeńskiej) lub zgodny z normą Medicaid. W takim przypadku program Medicaid może opłacić Twoje składki Medicare lub zwrócić Ci ich kwoty. Jeśli Twoje składki mogą być opłacone z programu Medicaid, warunkiem uprawniającym do skorzystania z Medicaid będzie złożenie wniosku o Medicare.

Strona 10

Program wsparcia opieki prenatalnej (PCAP)

- Termin „Program wsparcia opieki prenatalnej” (PCAP) nie jest już w użyciu. Odniesienia do PCAP należy zastąpić sformułowaniem „Medicaid dla ciężarnych”.

Strona 12

Świadczeniobiorcy zwolnieni z współpłatności

- Świadczeniobiorcy Medicaid i osoby objęte Programem Świadczeń dla Planowania Rodziny (FPBP) nie muszą dokonywać współpłatności za jakiegokolwiek pokrywane z programu usługi planowania rodziny, leczenie lub artykuły, w tym leki na receptę.

Strona 13

Dlaczego warto dołączyć do programu opieki zdrowotnej Medicaid Managed Care?

- Większość programów opieki zdrowotnej Medicaid Managed Care oferuje większy wybór świadczeniodawców niż zwykły program Medicaid (opłata za usługę). Można wybrać swojego lekarza pierwszego kontaktu (PCP), co oznacza, że nie musisz korzystać z usług pogotowia ratunkowego w przypadkach, które nie zagrażają życiu. Twój lekarz pierwszego kontaktu wystawi Ci skierowanie w przypadku konieczności udania się do specjalisty. Jeśli

Ważne zmiany w programie Medicaid

uważasz, że potrzebujesz opieki medycznej, możesz skontaktować się telefonicznie ze swoim lekarzem pierwszego kontaktu lub zadzwonić na infolinię programu opieki zdrowotnej czynną 24 godziny na dobę.

- Więcej informacji można uzyskać na stronie internetowej Wydziału Zdrowia stanu Nowy Jork pod adresem <http://www.health.ny.gov>.

Strona 14

Czy muszę zrezygnować z innych ubezpieczeń zdrowotnych, które już posiadam?

- Nie. Jeśli opłacasz składki za ubezpieczenie zdrowotne, Medicaid może pomóc Ci w ich opłacaniu.

Strona 18

W razie pytań

- New York Health Options to call center dla nowojorskich programów Medicaid i Child Health Plus (CHP). Zadzwoń pod numer 1-800-541-2831. Jeśli potrzebujesz informacji na temat rodzaju programów dostępnych w Twoim okręgu, programów, w których zarejestrowany jest Twój lekarz oraz ewentualnego wymogu dołączenia do programu, skontaktuj się z New York Medicaid Choice pod numerem 1-800-505-5678.

Strona 25 - Sekcja E

p. Co jeśli moja sprawa w Medicaid zostanie zamknięta?

- Jeśli w jednym z sześciu ostatnich miesięcy otrzymywałeś pomoc z Medicaid dla rodzin o niskich dochodach, przysługuje Ci przejściowa pomoc medyczna (TMA) przez 12 miesięcy bez przerwy.