

电子邮件日期： <date>

<mailing address>

尊敬的 <CONSUMER>: <CIN>

我们将此通知发给您，因为我们的记录显示您正在获取医疗援助（也称为Medicaid）以及医疗保险。

您获得医疗援助身体健康服务的方式将会改变，因为公众服务部正在启动一个新的计划。

新的计划被称为社区健康选择（CHC）。在CHC中，您不会失去您已得到的任何医疗援助服务。您不会付出比现在更多的费用。

**您将于2020年1月1日起通过社区健康选择获得医疗援助身体健康服务。您需要选择一个受控护理计划。**

**CHC不会对您的Medicare做出任何改变。Medicare将优先为大多数服务付费，如医院护理、实验室检测和医生访问。**

### **CHC是什么？**

CHC使用受控护理计划（CHC计划）以确保您所有的身体健康服务通过医疗援助和医疗保险实现合作。您选择的CHC计划将与您的医生、提供方和Medicare合作，以确保您更方便地得到您需要的所有护理与服务！

您将可以从三个CHC计划中做出选择。它们是：



### **我该怎么办？**

在接下来的几天里等待获取邮件中的注册包。然后选择一个CHC计划。

注册包将提供您选择CHC计划所需的信息。所有的CHC计划均涵盖了您现在通过ACCESS卡所拥有的相同医疗援助服务。一些CHC计划可以提供额外的服务。您可以在包中了解每个CHC计划的服务。

选择适合您需要的CHC计划是**非常重要的**，您可依此继续使用对您来说很重要的提供方。

您将必须等到 **<05/31/2018>** 以选择您的CHC计划。如果您不选择CHC计划，我们将自动为您分配一个。**无论您是否自主选择，您可以随时更改您的CHC计划。**

### **为什么我必须获得我在CHC中的服务？**

某些法律允许本部门要求您通过一个受控护理计划（如CHC）来获得您的服务，这些法律包括联邦法律42 U.S.C.§§1396n(b)、1396n(c)以及州颁法律62 P.S.§§201(2)、403(b)。

欲获取CHC下变更的更多信息，请阅读随函附上的“CHC通知-更多信息”表。

## **我可以对部门做出的关于我将通过CHC获取服务的决定提起申诉吗？**

**只有当**您认为我们犯了错误而您不应该通过CHC获取您的服务时，您才可以提起申诉并要求听证。您只能在具备以下前提条件时才能提起申诉：

- 您未满21岁；
- 您是一个LIFE计划参与者；或者
- 您不属于以下任何一组群体：
  - 正在获得Medicare和医疗援助；
  - 正在通过豁免计划在家中获得服务；或
  - 正在疗养院中获得服务。

您不可以因任何其他原因而申诉。欲了解更多，请阅读随函附上的“申诉和公平听证表”。

您需要法律援助吗？您可以通过拨打 <LEGALSERVICES> 联系当地的法律服务办公室或拨打1-800-274-3258联系宾夕法尼亚健康法案计划以获得免费法律援助。

谢谢您！

宾夕法尼亚公众服务部



## **CHC通知-更多信息**

### **我将如何获得行为健康服务（也称为心理健康或药物与酒精服务）？**

您将继续获得与您现今所拥有相同的健康选择（HealthChoices）行为健康受控护理计划中的服务。您的CHC计划将与您的行为健康计划合作，使您获得您所需要的所有服务。

### **如果CHC开始时我已不再获得医疗援助怎么办？**

如果您在CHC开始时已不再获得医疗援助，您会收到部门的一封信，告诉您您是否会通过CHC获得您的服务。

### **我在哪里可以获得更多关于CHC的信息？**

访问[www.HealthChoices.pa.gov](http://www.HealthChoices.pa.gov)或致电1-844-824-3655以获取更多信息。

## 申诉和公平听证表

只有当您认为我们因为以下原因之一而犯了错误时，您才可以提出申诉并要求举行该通知上的听证会：

- 1) 您是21岁以下人士；
- 2) 您是一个LIFE计划参与者；或者
- 3) 您**不属于**以下任何一组人群：
  - 正在获得Medicare和医疗援助；
  - 正在通过豁免计划在家中获得服务；或
  - 正在疗养院中获得服务。

**您不可以因任何其他原因而提起该通知所述的申诉。**

如果您想提起申诉，您必须在本信函邮寄日期起30日内提出请求。如果您的申诉未在30日内被寄送或递交给您的县援助办公室（CAO），您的申诉可能会被驳回且不举行听证。

如果您希望召开听证会，您可以选择电话听证方式或现场听证方式（面对面）。

- 您可以通过您能接听到的电话号码或在CAO进行电话听证。
- 如果您想现场听证，请将您的想法告诉我们：
  - 1) 您想让所有参加听证会的人与听证会官员一起于听证室内会面，还是通过视频会议的方式进行听证。听证会官员将在位于Harrisburg的一个听证室里，但您可以选择去往Philadelphia、Pittsburgh、Erie、Reading或Harrisburg的离您最近的听证申诉局；或
  - 2) 个案工作者和其他长期居留办公室（OLTL）工作人员可以在电话中参加听证，您和您的证人将会在位于Harrisburg的听证室里与听证会官员一起参加听证。

在听证会上，您可以告诉听证会官员您为什么认为我们所拥有的关于您的事实是错误的。您可以为自己说话，但如果您对此感到不便，我们强烈建议您带一个人来为您说话。您可以让律师、法律工作者、朋友、亲戚或您选择的任何人来代表您参加听证会。您的证人可以说话，您可以向听证官员出示文件。

您可以在随附的申诉和公平听证表中要求一名翻译出席您的公平听证会，或要求其他援助。本项服务是免费的。您可以带一位朋友或亲戚来听证会帮助您，但部门将提供官方翻译。

您可以造访或致电列于通知中的法律援助办公室或拨打1-800-274-3258联系宾夕法尼亚健康法案计划来获得免费的法律援助。

如果您想与您的个案工作者会面以讨论有关决定或向我们提供可能改变决定的信息，请拨打1-877-395-8930联系公众服务部客服中心。如果您想举行此类会见，您可以带一个人来为您在会上发言。会议不会延迟或取代您的听证会。

**如果您想提起申诉，请填写并交还申诉和听证表。将表格邮寄至 <CAO mailing address>。**

邮寄日期	案例名称
<MAIL DATE>	<CASE NAME>
地址	
<ADDRESS>, <CITY>, <STATE> <ZIP CODE>	
县/记录编号	CIN
<COUNTY> <RECORD NUMBER>	<CIN>



## 申诉和公平听证表

请在您想要的听证会类型旁边的方框中打勾：

- 我想要电话听证。我的证人和我以及任何帮助我的人都会使用此电话号码进行接听： \_\_\_\_\_
- 我想要电话听证。我的证人和我以及任何帮助我的人将在县援助办公室（CAO）接听电话。
- 我想与个案工作者、长期居留办公室工作人员、审判官在听证室进行面对面听证或通过视频会议进行听证。我将前往我所在地区（Pittsburgh、Philadelphia、Erie、Reading或Harrisburg）的听证申诉局。听证室位于Harrisburg。
- 我想要面对面听证。我的证人和我以及任何帮助我的人都会在听证室与听证会官员一起参加听证，但个案工作者和其他长期居留办公室工作人员可以在其办公室接听电话进行听证。听证室位于Harrisburg。

关于听证：

- 如果您因聋哑或听力障碍而需要免费的手语翻译，请在此处打勾。
- 如果您因不能讲或理解英语而需要一个免费的翻译，请在此处打勾。何种语言？ \_\_\_\_\_
- 如果您因某种残疾而需要帮助，请在此处打勾。描述您需要的帮助类型： \_\_\_\_\_

我提起该申诉是因为（如果需要，请多附几页）：

如果下列选项与您相符，您必须勾选其中的一项或多项：

- 我不满21岁。
- 我是一个LIFE计划参与者。
- 我不属于下列群体中的任何一个：
  - 我既没有医疗援助（又称Medicaid）也没有Medicare。
  - 我未通过豁免计划而在家中获得服务。
  - 我未在疗养院中获得服务。

您的签名	电话号码
地址	日期
您代表人的签名（如有）	电话号码
地址	日期