access health CT
Connecticut's Official Health Insurance Marketplace

Connecticut Department of Social Services
Making a Difference

Person ID: <MPI_ID>

<Primary Applicant/AREP FMLNS>
<Address Line 1>
<Address Line 2>
<City>, <State> <Zip>

Mailed: <Current Date>

Your HUSKY Health Coverage Category is Changing

Dear **<Primary Applicant FMLNS>**,

We are writing to let you know about a recent state law that changes the eligibility rules for the HUSKY Health program. On August 1, 2015, this state law will lower the income limit for HUSKY A Parents and Caregivers.

Our records show that your income is higher than the new income limit. **HOWEVER, you will keep HUSKY A coverage for at least one year – until August 1, 2016.** Parents with earnings from employment get a year-long extension when their income puts them above the state's eligibility level. More good news is that the new state law does not affect your children's health coverage. Before your HUSKY A coverage ends in 2016, we will tell you what you need to do to enroll in a Qualified Health Plan.

The new state law will lower the income limit for HUSKY A Parents and Caretakers to 155% of the Federal Poverty Level (see chart on the next page for the new income limits). The new law is Public Act 15-05, Section 370. It passed in the June 29, 2015 Special Session.

Based on the information we have, this change in the law will affect you and the following people in your household:

The People below will be Enrolled in HUSKY Health –TMA

Person	Coverage Start	Coverage End
<Parent Caretaker 1 FMLNS>	8/01/2015	07/31/2016
<Parent Caretaker 2 FMLNS>	<8/01/2015>	<07/31/2016>

Your Children's Coverage Will Stay the Same.

The new law changes the HUSKY A income limit for parents and caretakers **only**.

HUSKY HEALTH CONNECTICUT

Because your income is above 155% of the Federal Poverty Level, your HUSKY A Parent and Caretaker coverage will end on July 31, 2015. The people listed above will become eligible on August 1, 2015, for ***HUSKY Health – Transitional Medical Assistance (TMA).*** Their covered health services will stay **exactly** the same under TMA. TMA coverage lasts 12 months, so long as a child under age 19 is living with you.

155* Percent Federal Poverty Level by Household Size

Household	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Income Under	$ 24,692	$ 31,140	$37,586	$44,036	$50,484

***The limit is 150% under the state law, but a different federal rule makes the level 5% higher.

How to Report A Change

The people on TMA should keep that coverage for 12 months, unless the child under the age of 19 moves out of your household. If the child or children living in your household move out, you must report that as a change by contacting Access Health CT. You should also let us know if your income goes down, below 155%, because you could become eligible again for the HUSKY A Parent and Caretaker coverage group. Also, let us know if you or someone in your household becomes pregnant, as they could qualify for the HUSKY A pregnancy group.

To report a change, you can contact Access Health CT: Online at www.accesshealthct.com or

- By calling the Access Health CT Contact Center 1-855-805-4325, or, for those individuals who are deaf or hard of hearing, the TTY number, 1-855-789-2428.

If you have a disability you may request and receive a reasonable accommodation or special help from Access Health CT, when needed to allow you to apply for and receive services through Access Health CT.

If You Think We Made a Mistake

You can appeal our decision about your health coverage. For example, if your income is less than 155% of the Federal Poverty Level (FPL), you can ask for an administrative hearing. You must ask for a hearing within 60 days of this notice. If you think we made a mistake and you want to stay in your current HUSKY A coverage group while your hearing is pending, you must ask for a hearing before the effective date of this change, July 31, 2015.

You can use the hearing request form that is included with this letter. The next page explains more about your appeal rights and the deadlines to request a hearing.

Sincerely,

Access Health CT and HUSKY Health

Appeal Rights and Deadlines

You have the right to an administrative hearing if you do not agree with our decision to change your HUSKY A Parent and Caretaker coverage to **TMA** Coverage. The hearing is your chance to show that the law was not applied correctly to you, that we made a mistake in your case. It is not a chance for you to simply say that you do not agree with the change in the law.

You have 60 days from the date of this notice to ask for a hearing. If you do not request a hearing within 60 days, you may lose the right to a hearing.

How to Appeal this Decision

You may ask for a hearing in one of the following ways.

- Complete the Hearing request form included with this notice and:

Mail it to: Department of Social Services, Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings, DSS-AHCT Hearings Unit, 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105

Fax it to **(860) 424-4923**

OR

- **Call** the DSS-AHCT Hearings Unit (855) 306-8625 to ask for a hearing, or
- **Email** your request to: DSS-AHCT@ct.gov

HEARING REQUEST FORM

Use this form only if you want a hearing.

Please fill out the form below. Items marked with an asterisk (*) must be completed.

Name*:_____

Client ID*: _____

Address* (Street, City, State, ZIP Code):

_____

_____

Daytime Phone* (Include area code): ( )_____

Will you need a translator or an interpreter for the hearing?* ☐ No ☐ Yes

If Yes, what language do you speak? _____

We usually hold hearings by telephone. You may also have a hearing by video conference from a DSS regional office. Please check how you want your hearing to be held:

☐ By telephone ☐ By video conference at DSS

Please explain why you want a hearing:

☐ My income is less than 155 percent of the Federal Poverty Level.

☐ Other: Please explain:

_____

_____

_____

☐ If you ask for a hearing before this change takes effect, your coverage will stay the same until the Hearing Officer decides your case. Please check this box if you want to keep your current HUSKY A coverage until the Hearing Officer decides your case.

_____

Signature: Date:

HUSKY HEALTH CONNECTICUT

access health CT
El Mercado Oficial de Seguros de Salud en Connecticut

Connecticut Department of Social Services
Making a Difference

ID de la persona: <MPI_ID>

<Primary Applicant/AREP FMLNS>
<Address Line 1>
<Address Line 2>
<City>, <State> <Zip>

Enviado por correo postal: <Current Date>

La categoría de su cobertura HUSKY Health está cambiando

Estimado **<Primary Applicant FMLNS>**:

Le escribimos para hacerle saber acerca de una reciente ley estatal que cambia las reglas de elegibilidad para el programa HUSKY Health. El 1 de agosto de 2015, esta ley estatal bajará el límite de ingresos para HUSKY A Padres y Cuidadores.

Nuestros registros indican que sus ingresos son más altos que el nuevo límite de ingresos. **SIN EMBARGO, conservará la cobertura HUSKY A por al menos un año: hasta el 1 de agosto de 2016.** Los padres con ingresos del empleo obtienen una extensión de un año cuando sus ingresos los colocan por encima del nivel de elegibilidad del estado. Otra buena noticia es que la nueva ley estatal no afecta la cobertura de salud de sus hijos. Antes de que su cobertura HUSKY A termine en 2016, le diremos lo que tiene que hacer para inscribirse en un Plan de Salud Autorizado.

La nueva ley estatal bajará el límite de ingresos para HUSKY A Padres y Cuidadores al 155% del nivel federal de pobreza (véase el gráfico de la página siguiente para los nuevos límites de ingresos). La nueva ley es la Ley Pública 15-05, Sección 370. Fue aprobada en la Sesión Especial del 29 de junio de 2015.

Según la información que tenemos, este cambio en la ley los afectará a usted y a las siguientes personas de su grupo familiar:

Las personas a continuación serán inscritas en HUSKY Health – TMA

Persona	Inicio de la cobertura	Fin de la cobertura
<Parent Caretaker 1 FMLNS>	8/01/2015	07/31/2016
<Parent Caretaker 2 FMLNS>	<8/01/2015>	<07/31/2016>

La cobertura de sus hijos permanecerá igual.

La nueva ley cambia el límite de ingresos de HUSKY A para los padres y cuidadores **solamente**.

HUSKY HEALTH CONNECTICUT

Debido a que sus ingresos están por encima del 155% del nivel federal de pobreza, su cobertura de HUSKY A Padres y Cuidadores terminará el 31 de julio de 2015. Las personas mencionadas anteriormente serán elegibles el 1 de agosto de 2015, para ***HUSKY Health - Asistencia Médica de Transición (TMA).*** Sus servicios de salud cubiertos seguirán **exactamente** igual bajo TMA. La cobertura TMA dura 12 meses, siempre y cuando esté viviendo con usted un niño menor de 19 años.

155* por ciento del nivel federal de pobreza por tamaño del grupo familiar

Grupo familiar	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Ingresos inferiores a	$ 24,692	$ 31,140	$37,586	$44,036	$50,484

***El límite es el 150% en virtud de la ley estatal, pero una regla federal diferente sitúa el nivel un 5% más alto.

Cómo informar un cambio

Las personas en TMA deben mantener esa cobertura por 12 meses, a menos que el niño menor de 19 se mude fuera del hogar. Si el niño o los niños que viven en su hogar se mudan, debe informarlo como un cambio contactando a Access Health CT. También debe informarnos si sus ingresos disminuyen, por debajo del 155%, ya que podría ser elegible de nuevo para el grupo de cobertura de HUSKY A Padres y Cuidadores. Asimismo, háganos saber si usted o alguien en su casa queda embarazada, ya que podrían calificar para el grupo de embarazo HUSKY A.

Para informar un cambio, puede comunicarse con Access Health CT: En línea en www.accesshealthct.com o

- Llamando al Centro de Contacto de Access Health CT al 1-855-805-4325, o, en el caso de las personas sordas o con dificultades auditivas, al número TTY, 1-855-789-2428.

Si usted tiene una discapacidad, puede solicitar y recibir una acomodación razonable o ayuda especial de Access Health CT, cuando sea necesario para permitirle solicitar y recibir servicios a través de Access Health CT.

Si cree que cometimos un error

Puede apelar nuestra decisión acerca de su cobertura de salud. Por ejemplo, si sus ingresos son inferiores al 155% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), puede solicitar una audiencia administrativa. Debe solicitar una audiencia dentro de los 60 días de haber recibido este aviso. Si cree que hemos cometido un error y desea quedarse en su actual grupo de cobertura HUSKY A mientras su audiencia está pendiente, debe solicitar una audiencia antes de la fecha de vigencia de este cambio, 31 de julio de 2015.

Puede usar el formulario de solicitud de audiencia que se incluye con esta carta. La siguiente página explica más acerca de sus derechos de apelación y las fechas límite para solicitar una audiencia.

Atentamente.

Access Health CT y HUSKY Health

Derechos de apelación y fechas límite

Usted tiene derecho a una audiencia administrativa si no está de acuerdo con nuestra decisión de cambiar su cobertura de HUSKY A Padres y Cuidadores a la Cobertura **TMA**. La audiencia es su oportunidad de demostrar que la ley no se le aplicó correctamente, que hemos cometido un error en su caso. No es una oportunidad para que usted pueda simplemente decir que no está de acuerdo con el cambio en la ley.

Tiene 60 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia. Si usted no solicita una audiencia antes de 60 días, puede perder el derecho a una audiencia.

Cómo apelar esta decisión

Puede solicitar una audiencia de una de las siguientes maneras.

- Completar el formulario de solicitud de audiencia que se incluye en este aviso y:

Enviarlo por correo postal a: Department of Social Services, Office of Legal Counsel, Regulations and Administrative Hearings, DSS-AHCT Hearings Unit, 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105

Enviarlo por fax al **(860) 424-4923**

O BIEN

- **Llamar** a la Unidad de Audiencias DSS-AHCT al (855) 306-8625 para solicitar una audiencia o
- **Enviar por correo electrónico** su solicitud a: DSS-AHCT@ct.gov

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA

Use este formulario sólo si desea una audiencia.

Llene el siguiente formulario. Los campos marcados con un asterisco (*) deben ser completados.

Nombre*:_____

Identificación del cliente*:_____

Dirección* (calle, ciudad, estado, código postal):

_____

_____

Teléfono durante el día* (Incluir el código de área): ( ) _____

¿Va a necesitar un traductor o un intérprete para la audiencia?* ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, ¿qué idioma habla? _____

Por lo general, realizamos las audiencias por teléfono. Usted también puede tener una audiencia por videoconferencia desde una oficina regional del DSS. Marque cómo desea que se realice su audiencia:

☐ Por teléfono ☐ Por videoconferencia en el DSS

Por favor, explique por qué desea tener una audiencia:

☐ Mis ingresos son inferiores al 155 por ciento del nivel federal de pobreza.

☐ Otro motivo. Por favor, explíquelo:

_____

_____

_____

☐ Si usted solicita una audiencia antes de que este cambio entre en vigencia, su cobertura se mantendrá igual hasta que el Funcionario de Audiencias decida su caso. Marque esta casilla si desea mantener su cobertura actual HUSKY A hasta que el Funcionario de Audiencias decida su caso.

_____

Firma: Fecha:

HUSKY HEALTH CONNECTICUT