

ASSISTANCE WITH YOUR MEDICAID RENEWAL / FREE INTERPRETATION SERVICES

This booklet will help you complete your Renewal. We have included an English and a translated version. Return **only** one. For help with your Renewal, call the HRA Medicaid Helpline at 1-888-692-6116 or contact one of the Managed Care Plans listed on Page 4 of this booklet. Hearing impaired consumers may call 711 or 1-718-636-7783 with a Text Telephone (TTY) device (not a standard phone).

Free interpretation services are available over the phone or in any Medicaid office.

المساعدة بشأن تجديد تغطية برنامج MEDICAID الخاصة بك / خدمات الترجمة الفورية المجانية

سيساعدك هذا الكتيب على إكمال عملية التجديد الخاصة بك. لقد أرفقنا نسخة إنجليزية ونسخة مترجمة. أعد واحدة **فقط**. للحصول على مساعدة في عملية التجديد الخاصة بك، اتصل بخط مساعدة برنامج Medicaid الخاص بـHRA على الرقم 1-888-692-6116 أو تواصل مع إحدى خطط الرعاية المدارة (Managed Care Plans) المدرجة في الصفحة 4 في هذا الكتيب. يمكن للمستهلكين ضعاف السمع الاتصال بالرقم 711 أو 1-718-636-7783 باستخدام أجهزة الهواتف النصية (TTY) (وليس الهواتف العادية).

خدمات الترجمة الفورية المجانية متاحة عبر الهاتف أو في أي مكتب من مكاتب برنامج Medicaid.

Remainder of page left blank intentionally

تُركت بقية الصفحة فارغة عمدًا

MAIL RENEWAL CHANGES

You may continue to call the HRA Medicaid Helpline at 1-888-692-6116 if you have any questions about your Renewal Form. You can also contact one of the Managed Care Plans listed on Page 4 of the enclosed Guide to Complete your Medicaid Renewal Forms for assistance.

This is the **only Renewal** Application that will be automatically sent to you. Please keep it in a safe place until you are ready to return it to us. **We must receive your reply through the mail by the date printed on Page 1 of the Application, or your coverage may end.**

You can still pre-screen for additional benefits at the Access NYC site. It can be accessed by going to <http://www1.nyc.gov> and selecting Social Services from the menu located at the bottom of the page. The site is safe, secure and easy to use.

Note:

- You do not need to send proof of US citizenship at this time. You also do not need to send proof of income unless the Renewal Form instructs you to do so.
 - ◀ If you would like, you may send either or both now to help ensure that we have your most accurate information.
 - ◀ If you decide not to send proof now, we may write you to request that you do so at a later date. The “Documentation Guide” on Pages 5 and 6 of this booklet show you the types of proofs that we accept.
- If you tell us that you are a US citizen, we will attempt to verify citizenship using a computer match. If we are unable to do so, we will write to you to let you know that and request that you send us proof.
- We will also attempt to verify your income using a computer match. If the match results are different than your self-reported information, the match results may be used when determining your eligibility.
 - ◀ If you decide not to send proof now, we may write you to request that you do so at a later date. The “Documentation Guide” on Pages 5 and 6 of this booklet show you the types of proofs that we accept.
- If you recently moved from New York City to another county within New York State, but have not yet had a public health insurance case opened where you now live, you should complete and return this Renewal Form to us. We will assist you in transferring your coverage.

التغييرات الخاصة بعملية التجديد عن طريق البريد

يمكنك الاستمرار في الاتصال بخط مساعدة برنامج Medicaid الخاص بـHRA على الرقم 1-888-692-6116 إذا كان لديك أي أسئلة حول نموذج التجديد الخاص بك. يمكنك أيضاً التواصل مع إحدى خطط الرعاية المدارة المدرجة في الصفحة 4 في "دليل إكمال نماذج تجديد تغطية برنامج Medicaid الخاصة بك" المرفق للحصول على مساعدة.

هذا هو طلب التجديد الوحيد الذي سيتم إرساله تلقائياً إليك. يرجى الاحتفاظ به في مكان آمن حتى تكون مستعداً لإعادته إلينا. يجب أن نتلقى ردك من خلال البريد بحلول التاريخ المطبوع على الصفحة 1 من الطلب، أو قد تنتهي تغطيتك.

لا يزال بإمكانك الخضوع لفحص تمهيدي للحصول على مخصصات إضافية في موقع Access NYC. يمكن الوصول إليه عن طريق الذهاب إلى <http://www1.nyc.gov> واختيار Social Services (الخدمات الاجتماعية) من القائمة الموجودة في أسفل الصفحة. الموقع آمن ومضمون وسهل الاستخدام.

ملاحظة:

- لا يتعين عليك إرسال إثبات بالمواطنة الأمريكية في هذا الوقت. لا يتعين عليك أيضاً إرسال إثبات بالدخل ما لم تكن هناك تعليمات في نموذج التجديد تنص على ذلك.
- ◀ إذا أردت، يمكنك إرسال أحدهما أو كليهما الآن للمساعدة في ضمان أن لدينا أدق المعلومات الخاصة بك.
- ◀ إذا قررت عدم إرسال الإثبات الآن، فقد نراسلك لطلب القيام بذلك في وقت لاحق. يوضح لك "دليل الوثائق" في الصفحتين 5 و6 في هذا الكتيب أنواع الإثباتات التي نقبلها.
- إذا أخبرتنا أنك مواطن أمريكي، فسنحاول التحقق من المواطنة باستخدام عملية مطابقة بواسطة الكمبيوتر. إذا لم نستطع القيام بذلك، فسوف نراسلك لإبلاغك بذلك وطلب إرسال الإثبات إلينا.
- سنحاول أيضاً التحقق من ذلك باستخدام عملية مطابقة بواسطة الكمبيوتر. إذا كانت نتائج المطابقة مختلفة عن معلوماتك التي ذكرتها عن نفسك، فقد يتم استخدام نتائج المطابقة عند تحديد أهليتك.
- ◀ إذا قررت عدم إرسال الإثبات الآن، فقد نراسلك لطلب القيام بذلك في وقت لاحق. يوضح لك "دليل الوثائق" في الصفحتين 5 و6 في هذا الكتيب أنواع الإثباتات التي نقبلها.
- إذا كنت قد انتقلت مؤخراً من مدينة نيويورك إلى مقاطعة أخرى داخل ولاية نيويورك، لكن لم يتم فتح حالة تأمين صحي حكومي بعد في المكان الذي تعيش فيه الآن، ينبغي عليك إكمال نموذج التجديد هذا وإعادته إلينا. سوف نساعدك في نقل التغطية الخاصة بك.

خطط الرعاية المدارة المشاركة التابعة لبرنامج MEDICAID

CURRENT SERVICE AREA Area Actual de Servicio 目前服務地區 Zòn Sèvis Aktyèl Район обслуживания 현재 서비스 지역 منطقة الخدمة الحالية বর্তমান পরিষেবা ক্ষেত্র ZONE DE SERVICE ACTUELLE OBECNY REGION USŁUG خدمت کا موجودہ علاقہ 当前服务地区					TELEPHONE NUMBER NUMERO TELEFONO 電話號碼 NIMEWO TELEFÒN НОМЕР ТЕЛЕФОНА 전화번호 رقم الهاتف টেলিফোন নম্বর NUMÉRO DE TÉLÉPHONE NR TELEFONU تیلیفون نمبر 电话号码	MEDICAID PARTICIPATING MANAGED CARE PLANS PLANES DE ATENCIÓN ADMINISTRADA PARTICIPANTES DE MEDICAID 參與 MEDICAID 的管理式醫療計畫 (MANAGED CARE PLAN) PLAN SWEN KONTWOLE MEDICAID K AP PATISIPE УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРОГРАММЕ MEDICAID ПЛАНЫ КООРДИНИРОВАННОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ MANAGED CARE MEDICAID 참여 의료 관리 플랜 (Participating Managed Care Plan) خطط الرعاية المدارة المشاركة التابعة لـ MEDICAID MEDICAID এ অংশগ্রহণকারী পরিচালিত পরিচর্যার পরিকল্পনাসমূহ RÉGIMES DE SOINS GÉRÉS PARTICIPANT À MEDICAID PLANY UCZESTNICZĄCE W OPIECE ZARZĄDZANEJ MEDICAID MEDICAID میں شرکت کرنے والے منضبط نگہداشت کے منصوبے 参与 MEDICAID 的管理式护理计划
史坦頓區	皇后區	曼哈頓區	布鲁克林區	布朗克斯區		
●	●	●	●	●	866-247-5678	AFFINITY HEALTH PLAN
●	●	●	●	●	800-447-8255	EMBLEM HEALTH (formerly GROUP HEALTH INSURANCE/HIP HEALTH PLAN OF GREATER NY- GHI/HIP)
●	●	●	●	●	866-463-6743	HEALTHFIRST PHSP, INC.
●	●	●	●	●	800-950-7679	HEALTHPLUS AN AMERIGROUP COMPANY
	●	●	●	●	800-303-9626	METRO-PLUS (METROPOLITAN HEALTH PLUS)
●	●	●	●	●	888-343-3547	NY STATE CATHOLIC HEALTHPLAN/FIDELIS
●	●	●	●	●	800-493-4647	UNITED HEALTHCARE COMMUNITY PLAN (formerly AMERICHoice BY UNITED/ AMERCHOICE OF NY INC.)
	●	●	●	●	800-308-2571 800-215-1531	WELLCARE OF NY, INC.

888-692-6116	785 Atlantic Ave. Brooklyn, NY 11238	MEDICAID RENEWAL SITE
--------------	---	-----------------------

DOCUMENTATION GUIDE TO CONTINUE YOUR HEALTH CARE COVERAGE

Here is a list of proofs the Medical Assistance Programs accepts. Please use this guide with the Instructions on the cover of the Renewal Notification Booklet to determine what documents you may need to provide in order to continue health care coverage.

INCOME:

Wages and Salary/Employment

- Current paycheck/stub(s) or payroll records
- Detailed written statement from employer
- W-2 (MBI-WPD consumers only)
- Income tax return (MBI-WPD consumers only)

Self Employment

- Signed income tax return
- Records of earnings and expenses

Work Income

- If salary stays the same -----> Copy of last pay stub or letter from employer.
- If salary changes from pay period to pay period -----> Copies pay stubs covering last 4 weeks or letter from employer.
- If any part of your salary/income is paid in cash and your employer will not provide written proof -----> Answer "Yes" to the first question at the bottom of the **INCOME** section of Page 2 of Renewal Booklet
- If self-employed -----> Copy of most recent tax return and letter (signed by you) of current income. If income has changed, explain why.
- If receiving unemployment benefits -----> Send copy of unemployment insurance award letter or internet Printout from the NYS Department of Labor: <https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do>

Type of Proof

Unemployment Benefits

- Award Letter/certificate
- Benefit statement or print-out
- Letter from NYS Department of Labor

Social Security

- Award Letter/certificate
- Benefit check
- Letter from Social Security Administration

Private Pensions/Annuities

- Statement from pension/annuity

Child Support/Alimony

- Letter from person providing support or letter from court
- Child support/alimony check stub

Worker's Compensation

- Award Letter
- Check stub

Income from Rent or Room/Board

- Letter from roomer, boarder, tenant
- Check stub

Military Pay

- Award Letter
- Check stub

Veteran's Benefits

- Award Letter
- Benefit check stub
- Letter from Veterans' Administration

Interest/Dividends/Royalties

- Letter from bank or credit union
- Letter from broker
- Letter from agent

CITIZENSHIP (If you are declaring to be a US citizen, you do not need to send proof at this time. If documents are needed, you will receive a letter requesting them.)

- US Passport
- Certificate of U.S. Citizenship
- Certificate of Naturalization
- U. S. Birth Certificate **and one** of the following **identity** proofs: (1) Driver's license with photograph, or other identifying information (2) School identification card with photograph, (3) U.S. military card or draft record, (4) ID card issued by Federal, State or local government with the same information included on a driver's license.

IMMIGRATION STATUS: The following are documents issued by United States Citizenship & Immigration Services (USCIS)

- I-551 Permanent Resident Card (Green Card)
- I-688B or I-766 Employment Authorization Card
- I-94 Arrival/Departure Record
- I-797 (Notice Of Action) or other official correspondence to and from USCIS, ICE or EIOR

CHILDCARE/DEPENDENT CARE: Documents must include the amount you pay and how often

- Letter from day care center or other child/adult care provider
- Canceled checks or receipts that prove payment of care services

PREGNANCY:

- Statement from doctor/medical professional with expected date of delivery

PRIVATE HEALTH INSURANCE: Documents must include the amount you pay

- Insurance policy
- Certificate of insurance
- Insurance card
- Other proof of private insurance

WE ACCEPT PHOTOCOPIES OF ALL DOCUMENTS OTHER THAN THOSE REQUIRED TO PROVE YOUR CITIZENSHIP OR IDENTITY

إليك قائمة بالإثباتات التي تقبلها برامج المساعدة الطبية (Medical Assistance Programs). يرجى استخدام هذا الدليل والتعليمات الموجودة على غلاف كتيب إخطار التجديد لتحديد ما هي الوثائق التي قد يتعين عليك تقديمها للاستمرار في الحصول على تغطية الرعاية الصحية.

الدخل:

- الأجور والرواتب/الوظيفة**
- شيك/كعب شيك (كعوب شيكات) الراتب الحالي أو سجلات الراتب
 - بيان كتابي مفصل من صاحب العمل
 - W-2 (المستهلكي MBI-WPD فقط)
 - إقرار ضريبية الدخل (لمستهلكي MBI-WPD فقط)

- العمل الحر**
- إقرار ضريبية الدخل الموقع
 - سجلات الدخل والنفقات

دخل العمل

- إذا كان الراتب ثابتًا ----->
 - إذا كان الراتب يتغير من فترة عمل إلى فترة عمل أخرى----->
 - إذا كان يتم دفع أي جزء من راتبك/دخلك نقدًا ولن يقدم صاحب العمل الخاص بك إثباتًا كتابيًا ----->
 - إذا كنت تعمل عملاً حرًا ----->
 - إذا كنت تتلقى مخصصات بطالة ----->
- نسخة من آخر كعب شيك الراتب أو خطاب من صاحب العمل.
- نسخ من كعوب شيكات الراتب تغطي آخر 4 أسابيع أو خطاب من صاحب العمل.
- أجب بـ"نعم" على السؤال الأول في أسفل قسم **الدخل** الموجود في الصفحة 2 في كتيب التجديد
- نسخة من أحدث إقرار ضريبي وخطاب (موقع بواسطتك) بالدخل الحالي. إذا تغير الدخل، فوضح السبب.
- فأرسل نسخة من خطاب منحة تأمين البطالة أو نموذجًا مطبوعًا متاحًا عبر الإنترنت من إدارة العمل بولاية نيويورك: <https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do>

مخصصات البطالة

- خطاب/شهادة المنحة
- بيان أو وثيقة مطبوعة بالمخصصات
- خطاب من إدارة العمل بولاية نيويورك

الضمان الاجتماعي

- خطاب/شهادة المنحة
- شيك المخصصات
- خطاب من إدارة الضمان الاجتماعي

معاشات تقاعد خاصة/مدفوعات سنوية

- بيان من جهة منح المعاش/المدفوعات السنوية

تعويضات العاملين

- خطاب منحة
- كعب شيك

مدفوعات الجيش

- خطاب منحة
- كعب شيك

الفوائد/حصص الأرباح/عائدات الملكية

- خطاب من مصرف أو اتحاد انتمائي
- خطاب من سمسار
- خطاب من وكيل

نفقة/إعالة الطفل

- خطاب من الشخص الذي يقدم الإعالة أو خطاب من المحكمة
- كعب شيك نفقة/إعالة الطفل

الدخل المكتسب من التأجير أو مشاركة المسكن/ الغرفة

- خطاب من النزيل أو الساكن المشارك أو المستأجر
- كعب شيك

مخصصات المحاربين القدامى

- خطاب منحة
- كعب شيك المخصصات
- خطاب من إدارة المحاربين القدامى

المواطنة (إذا كنت تقرر بآبائك مواطن أمريكي، لا يتعين عليك إرسال إثبات في هذا الوقت. إذا تطلب الأمر تقديم الوثائق، فسوف تتلقى خطابًا يطلبها.)

- جواز سفر أمريكي
- شهادة المواطنة الأمريكية
- شهادة ميلاد أمريكية وأحد إثباتات الهوية التالية: (1) رخصة قيادة مزودة بصورة فوتوغرافية، أو معلومات أخرى معرفّة للهوية (2) بطاقة تعريف هوية مدرسية مزودة بصورة فوتوغرافية، (3) بطاقة الجيش الأمريكي أو سجل الالتحاق بالجيش الأمريكي، (4) بطاقة تعريف هوية صادرة عن الحكومة الفيدرالية أو حكومة الولاية أو حكومة محلية مزودة بنفس المعلومات المتضمنة في رخصة القيادة.

حالة الهجرة: الوثائق التالية هي الوثائق التي تصدر بواسطة إدارة خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (USCIS)

- بطاقة الإقامة الدائمة (البطاقة الخضراء) I-551
- بطاقة تصريح العمل I-688B أو I-766
- سجل الوصول/المغادرة I-94
- I-797 (إخطار باتخاذ إجراء) أو مراسلات رسمية أخرى إلى ومن USCIS أو ICE أو EIOR

رعاية الأطفال/رعاية المعالين: يجب أن تتضمن الوثائق المبلغ الذي تدفعه ومعدل دفعه

- خطاب من مركز الرعاية النهارية أو مقدم رعاية آخر للأطفال/البالغين
- شيكات أو إيصالات ملغاة تثبت سداد مقابل خدمات الرعاية

الحمل:

- بيان من الطبيب/الأخصائي الطبي بموعد الولادة المتوقع

التأمين الصحي الخاص: يجب أن تتضمن الوثائق المبلغ الذي تدفعه

- بوليصة التأمين
- شهادة التأمين
- بطاقة التأمين
- إثبات آخر خاص بالتأمين الخاص

إننا نقبل نسخًا ضمنية من جميع الوثائق بخلاف تلك المطلوبة لإثبات مواظنتك أو هويتك

TERMS, RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

By completing and signing this form, I am applying to renew Medicaid and/or Family Planning Benefit Program coverage.

I understand that I must provide the information needed to prove my eligibility for each program. I agree to immediately report any changes to the information on this form. If I am unable to get the information, I will tell the social services district. The social services district may be able to help in getting the information.

I understand that workers from the programs for which family members or I are renewing may check the information given by me on this form. The agencies that run these programs will keep this information confidential according to 42 U.S.C. 1396a (a) (7) and 42 CFR 431.300-431.307, and any federal and state laws and regulations.

I understand that Medicaid and/or Family Planning Benefit Program coverage will not pay medical expenses that insurance or another person is supposed to pay, and that I am giving to the agency all of my rights to pursue and receive medical support from a spouse or parents of persons under 21 years old and my right to pursue and receive third party payments for the entire time I am in receipt of benefits.

I will file any claims for health or accident insurance benefits or any other resources to which I am entitled. I understand that I have the right to claim good cause not to cooperate in using health insurance if its use could cause harm to my health or safety or to the health and safety of someone I am legally responsible for.

I understand that my eligibility for these programs will not be affected by my race, color, or national origin. I also understand that depending on the requirements of these individual programs, my age, sex, disability or citizenship status may be a factor in whether or not I am eligible.

I understand that if my child is on Medicaid, he or she can get comprehensive primary and preventive care, including all necessary treatment through the Child/Teen Health Program.

I understand that anyone who knowingly lies or hides the truth in order to receive services under these programs is committing a crime and subject to federal and state penalties and may have to repay the amount of benefits received and pay civil penalties. The New York State Department of Tax and Finance has the right to review income information on this form.

CERTIFICATION OF CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS I certify under penalty of perjury, by signing my name on this form, that I, and/or any person for whom I am signing is a U.S. citizen or national of the United States or has satisfactory immigration status. The term "satisfactory immigration status" means an immigration status that does not make the person ineligible for benefits. **Important Information:** The United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) has said that enrollment in Medicaid CANNOT affect a person's ability to get a green card, become a citizen, sponsor a family member or travel in and out of the country (except if Medicaid pays for long term care in a place like a nursing home or psychiatric hospital). **The State will not report any information on this application to the USCIS.**

SOCIAL SECURITY NUMBER All applicants must provide a social security number or proof that they have applied for one or tried to apply for one. The only exceptions are pregnant women, undocumented immigrants and temporary non-immigrants applying for the treatment of an emergency medical condition, and certain battered immigrants. الضمان الإجتماعي are not required for members of my household who are not applying for benefits. I understand that this is required by Federal Law at 42 U.S.C. 1320b-7 (a) and by Medicaid regulations at 42 CFR 435.910. الضمان الإجتماعي are used in many ways, both within Department of Social Services (DSS) and between the DSS and federal, state, and local agencies, both in New York and other jurisdictions. Some uses of الضمان الإجتماعي are: to check identity, to identify and verify earned and unearned income, to see if non custodial parents can get health insurance coverage for applicants, to see if applicants can get medical support, and to see if applicants can get money or other help. الضمان الإجتماعي may also be used for identification of the recipient within and between central governmental Medicaid agencies to insure proper services are made available to the recipient.

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION I consent to the release of any medical information about me and any members of my family for whom I can give consent: by my Primary Care Provider, any other health care provider or the New York State Department of Health (SDOH) to my health plan and any health care providers involved in caring for me or my family, as reasonably necessary for my health plan or my providers to carry out treatment, payment, or health care operations; by my health plan and any health care providers to SDOH and other authorized federal, state, and local agencies for purposes of administration of the Medicaid; and, by my health plan to other persons or organizations, as reasonably necessary for my health plan to carry out treatment, payment, or health care operations. I also agree that the information released may include HIV, mental health or alcohol and substance abuse information about me and members of my family, to the extent permitted by law. If more than one adult in the family is joining a Medicaid health plan, the signature of each adult applying is necessary for consent to release information.

MEDICAID MANAGED CARE If I am adding a family member to a Medicaid case and I live in a county that requires Medicaid recipients to join a health plan, I understand that this family member will be enrolled in the same health plan as my family, unless he or she is exempt or excluded.

RELEASE OF EDUCATIONAL RECORDS I give permission to the Local Department of Social Services and New York State to obtain any information regarding the educational records of my child(ren), herein named, necessary for claiming Medicaid reimbursements for health-related educational services, and to provide the appropriate federal government agency access to this information for the sole purpose of audit.

EARLY INTERVENTION PROGRAM If my child is evaluated for or participates in the New York State Early Intervention Program, I give permission to the local Department of Social Services and New York State to share my child's Medicaid eligibility information with my county Early Intervention Program for the purpose of billing Medicaid. I consent to sharing this information with any school-based health center that provides services to the applicant(s).

الشروط والحقوق والمسؤوليات

من خلال إكمالي لهذا النموذج وتوقيعي عليه، فإنني أقوم بالتقدم بطلب لتجديد اشتراكي في تغطية برنامج Medicaid و/أو برنامج مخصصات تنظيم الأسرة (Family Planning Benefit).

أدرك تمامًا أنني يجب أن أقدم المعلومات اللازمة لإثبات أهليتي لكل برنامج. وأنا أوافق على الإبلاغ فوراً عن أي تغييرات تطرأ على المعلومات الواردة في هذا النموذج. وإذا لم أستطع الحصول على المعلومات اللازمة، فسأبلغ مقاطعة الخدمات الاجتماعية. فربما تكون مقاطعة الخدمات الاجتماعية قادرة على المساعدة في الحصول على المعلومات.

أدرك أن العاملين في البرامج التي أقدم أنا أو أفراد الأسرة بطلب تجديد الاشتراك فيها قد يتحققوا من المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج. وستحافظ الوكالات التي تدير هذه البرامج على سرية هذه المعلومات بموجب قانون الولايات المتحدة رقم 42 المادة (7) (a) 1396 والقانون الفيدرالي (42 CFR 431.300-431.307)، بالإضافة إلى أي قوانين أو لوائح فيدرالية أو تابعة للولاية.

أدرك أن تغطية برنامج Medicaid و/أو برنامج مخصصات تنظيم الأسرة لن تدفع أي تكاليف طبية من المفترض أن يقوم التأمين أو أي شخص آخر بدفعها، وأنتي أمج الوكالة كافة حقوقي في التقدم للحصول على الدعم الطبي وتلقيه من زوج/زوجة أو من أولياء أمور الأشخاص الذين يبلغون من العمر أقل من 21 عاماً وحقي في التقدم للحصول على مدفوعات الطرف الثالث وتلقيها طوال الوقت الذي من المفترض أن أحصل فيه على المخصصات.

سأقدم بأي مطالبات للحصول على مخصصات التأمين الصحي أو التأمين ضد الحوادث أو أي موارد أخرى يحق لي الحصول عليها. أدرك أنه يحق لي أن أقدم بمطالبة بها سبب وجيه لعدم تعاوني في استخدام التأمين الصحي إذا كان من الممكن أن يسبب استخدامه ضرراً على صحتي أو سلامتي أو على صحة وسلامة أحد الأشخاص المسؤولين مني بشكل قانوني.

وأدرك أن أهليتي للاستفادة من هذه البرامج لن تتأثر بعريقي أو لوني أو أصلي القومي. وأدرك أيضاً أنه وفقاً للمتطلبات الخاصة بكل من هذه البرامج الفردية، ربما يُعد عمري أو جنسي أو الإعاقة التي أعاني منها أو حالة المواطنة الخاصة بي عاملاً من عوامل تحديد ما إذا كنت مؤهلاً أم لا.

أدرك أنه إذا كان طفلي مُغطى ضمن برنامج Medicaid، يمكنه الحصول على رعاية أولية ووقائية شاملة، بما في ذلك كل العلاج اللازم من خلال برنامج صحة الأطفال/المراهقين (Child/Teen Health Program).

أدرك أن أي شخص يكتب أو يُخفي حقائق عن عمد لكي يحصل على خدمات بموجب هذه البرامج، فإنه يرتكب جريمة ويكون عُرضة للعقوبات الفيدرالية وعقوبات الولاية، وقد يتوجب عليه أن يقوم بإعادة دفع المخصصات التي حصل عليها بالإضافة إلى دفع مبالغ العقوبات المدنية. يحق لإدارة الضرائب والمالية بولاية نيويورك مراجعة بيانات الدخل الواردة في هذا النموذج.

شهادة بحالة المواطنة/الهجرة أشهد أنا تحت عقوبة الحنث باليمين، بتوقيع اسمي على هذا النموذج، بأنني و/أو أي شخص آخر أوقع نيابةً عنه، مواطن أمريكي أو من رعايا الولايات المتحدة الأمريكية أو أن حالة الهجرة الخاصة بي/بالشخص الذي أوقع نيابةً عنه مقبولة. يُقصد بالمصطلح "حالة الهجرة مقبولة" ألا يكون من شأن حالة الهجرة أن تجعل الشخص غير مؤهل للحصول على المخصصات. **معلومات مهمة:** صرحت إدارة خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية (USCIS, United States Citizenship and Immigration Services) بأن الالتحاق بتغطية برنامج Medicaid لا يمكن أن يؤثر على قدرة الشخص على الحصول على البطاقة الخضراء أو أن يكون مواطناً أمريكياً أو على إعالتة لأي فرد من أفراد الأسرة أو على السفر داخل الدولة أو خارجها (باستثناء ما إذا كانت تغطية برنامج Medicaid تقوم بدفع مبالغ لتوفير رعاية طويلة الأجل في مكان ما كدار رعاية أو مستشفى أمراض نفسية). **لن تبلغ الولاية إدارة خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية بأي معلومات واردة في هذا الطلب.**

رقم الضمان الاجتماعي يجب على كل المتقدمين بطلبات توفير رقم ضمان اجتماعي أو وثيقة إثبات بأنهم قد تقدموا بطلب للحصول على رقم أو حاولوا تقديم طلب للحصول على رقم. ويُستثنى من ذلك فقط السيدات الحوامل والمهاجرون غير الموثقين وغير المهاجرين المؤقتون المتقدمون بطلبات للحصول على علاج لحالة طبية طارئة وبعض المهاجرين الذين تعرضوا للقسوة. أرقام الضمان الاجتماعي غير مطلوبة لأفراد أسرتي الذين لا يتقدمون بطلبات للحصول على مخصصات. أدرك أن ذلك مطلوب بموجب قانون الولايات المتحدة 42 (a) 1320b-7 (U.S.C.) وبموجب تشريعات تغطية برنامج Medicaid بموجب قانون (42 CFR 435.910). تستخدم أرقام الضمان الاجتماعي بعدة طرق، وذلك داخل إدارة الخدمات الاجتماعية (Department of Social Services, DSS) و بين إدارة الخدمات الاجتماعية والوكالات الفيدرالية والوكالات التابعة للولاية والوكالات المحلية، سواء في نيويورك أو غيرها من الدوائر القضائية. من بين استخدامات أرقام الضمان الاجتماعي: التحقق من الهوية وتحديد الدخل المكتسب وغير المكتسب والتحقق من كل منهما والتحقق مما إذا كان أولياء الأمور غير الحاضنين بإمكانهم الحصول على تغطية التأمين الصحي للمتقدمين بالطلبات والتحقق مما إذا كان المتقدمون بالطلبات يمكنهم تلقي الدعم الطبي والحصول على المال أو المساعدات الأخرى. قد تستخدم أرقام الضمان الاجتماعي أيضاً لتحديد هوية المتلقي داخل وكالات برنامج Medicaid الحكومية المركزية أو بين بعضها البعض لضمان توفير خدمات مناسبة للمتلقى.

الإفصاح عن المعلومات الطبية أوافق على الإفصاح عن أي معلومات طبية تخصني أو تخص أيًا من أفراد أسرتي الذين أستطيع أن أوافق بالنيابة عنهم: بواسطة مقدم الرعاية الأولية الخاص بي أو أي من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين أو إدارة الصحة بولاية نيويورك (New York State Department of Health, SDOH) للخطة الصحية الخاصة بي وأي من مقدمي خدمات الرعاية الصحية المشتركين في رعايتي صحياً أو رعاية أسرتي، وحسب ما هو ضروري بشكل معقول للخطة الصحية الخاصة بي أو مقدمي الخدمات الخاصين بي لتقديم العلاج أو تسديد الدفعات أو إجراء عمليات الرعاية الصحية، وبواسطة الخطة الصحية الخاصة بي وأي من مقدمي الرعاية الصحية الخاصين بي للإدارة الصحية بولاية نيويورك وغيرها من الوكالات الفيدرالية والوكالات التابعة للولاية والوكالات المحلية المعتمدة بهدف إدارة تغطية برنامج Medicaid وبواسطة الخطة الصحية الخاصة بي للأشخاص الآخرين أو المنظمات الأخرى، حسب ما هو ضروري بشكل معقول لكي تقوم الخطة الصحية الخاصة بي بتقديم العلاج أو تسديد الدفعات أو إجراء عمليات الرعاية الصحية. وأوافق أيضاً على أن المعلومات المصرح بالإفصاح عنها يمكن أن تتضمن معلومات تخص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو المعلومات المتعلقة بالصحة العقلية أو سوء استخدام الكحول والمواد، سواء أكانت هذه المعلومات تتعلق بي أم بأفراد أسرتي، وذلك إلى الحد الذي يسمح به القانون. إذا كان هناك أكثر من فرد بالغ في الأسرة سوف يشارك في الخطة الصحية لتغطية برنامج Medicaid، فمن الضروري أن يوقع كل فرد بالغ يتقدم بطلب للموافقة على الإفصاح عن المعلومات.

الرعاية الصحية المدارة من برنامج MEDICAID إذا كنت أضيف أحد أفراد الأسرة إلى إحدى حالات تغطية برنامج Medicaid وأنا أقيم في مقاطعة تتطلب انضمام متلقي خدمات تغطية برنامج Medicaid إلى خطة صحية، فإنني أدرك أنه سيتم تسجيل هذا الفرد من الأسرة في نفس الخطة الصحية الخاصة بأسرتي، إلا إذا كان هو معفى أو مستثنى من ذلك.

الإفصاح عن السجلات التعليمية أمج إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية (Local Department of Social Services) وولاية نيويورك إذن الحصول على أي معلومات متعلقة بالسجلات التعليمية لطفلي (أطفالي)، المذكور اسمه في هذه الوثيقة، والضرورية لمطالبة تغطية برنامج Medicaid بسداد تكاليف الخدمات التعليمية المرتبطة بالصحة والسماح للوكالة الحكومية الفيدرالية المناسبة بالوصول إلى هذه المعلومات بغرض التدقيق فقط.

برنامج التدخل المبكر (EARLY INTERVENTION PROGRAM) إذا تم تقييم طفلي للدخول في برنامج التدخل المبكر بولاية نيويورك أو هو يشارك فيه، فإنني أمج إدارة الخدمات الاجتماعية المحلية وولاية نيويورك الإذن بمشاركة معلومات أهلية طفلي للاستفادة من تغطية برنامج Medicaid مع برنامج التدخل المبكر الموجود في مقاطعتي بغرض إرسال الفواتير إلى برنامج Medicaid. وأوافق على مشاركة هذه المعلومات مع أي مركز صحي مدرسي يقدم الخدمات للمتقدم (للمتقدمين) بطلب.

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. REVIEW IT CAREFULLY.

The New York Medicaid program must tell you how we use, share, and protect your health information. The New York Medicaid program includes regular Medicaid and Medicaid Managed Care. The program is administered by the New York State Department of Health and the Local Departments of Social Services.

Your Health Information is Private.

We are required to keep your information private, share your information only when we need to, and follow the privacy practices in this notice. We must make special efforts to protect the names of people who get HIV/AIDS or drug and alcohol services.

What Health Information Does the New York Medicaid Program Have?

When you applied for Medicaid, you may have provided us with information about your health. When your doctors, clinics, hospitals, managed care plans and other health care providers send in claims for payment, we also get information about your health, treatments, and medications.

How Does the New York Medicaid Program Use and Share Your Health Information?

We must share your health information when:

- **You or your representative requests your health information.**
- **Government agencies request the information as allowed by law such as audits.**
- **The law requires us to share your information.**

In your Medicaid application, you gave the New York Medicaid Program the right to use and share your health information to pay for your health care and operate the program. For example, we use and share your information to:

- **Pay your doctor, hospital, and/or health care provider bills.**
- **Make sure you receive quality health care and that all the rules and laws have been followed.**

We may review your health information:

- **To determine whether you received the correct medical procedure or health care equipment.**
- **Contact you about important changes in your health benefits.**
- **Make sure you are enrolled in the right health program.**
- **Collect payment from other insurance companies.**
- **To determine eligibility in Medicare Part D or other insurance programs that might be more economical to you.**

We may also use and share your health information under limited circumstances to:

- **Study health care.** We may look at the health information of many consumers to find ways to provide better health care.
- **Prevent or respond to serious health or safety problems for you or your community as allowed by federal and state law.**

Your written authorization is required for other uses and disclosures:

- **Psychotherapy notes**
- **Uses and disclosures of Protected Health Information for marketing purposes, including subsidized treatment communications**
- **Disclosures that constitute a sale of your Protected Health Information.**

We must have your written permission to use or share your health information for any purpose not mentioned in this notice unless we are required to do so by the laws that apply to us.

What Are Your Rights?

You or your representatives have the right to:

- Get a paper copy of this notice.
- See or get a copy of your health information. If your request is denied, you have the right to review the denial.
- Ask to change your health information. We will look at all requests, but cannot change bills sent by your doctor, clinic, hospital or other health care provider.
- Ask to limit how we use and share your information. We will look at all requests, but do not have to agree to what you ask except where required by law to make such a disclosure.
- Ask us to contact you regarding your health care information in different ways (for example, you can ask us to send your mail to a different address).
- Ask for special forms that you sign permitting us to share your health information with whomever you choose. You can take back your permission at any time, as long as the information has not already been shared.
- Get a list of those who received your health information. This list will not include health information requested by you or your representative, information used to operate the New York Medicaid Program or information given out for law enforcement purposes.
- Be notified upon a breach of any of your unsecured Protected Health Information.

See the New York City Human Resources Administration web site for an electronic copy of this notice (https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf). You may also visit the New York State Department of Health web site to see an alternate version (https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm).

***You will not be penalized for filing a complaint. If we change the information in this notice, we will post the amended version on our website at:**

https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf

Do you have a medical or mental health condition or disability? Does this condition make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? **We can help you.** Call us at 212-331-4640. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.

يصف هذا الإخطار كيف يُمكن أن يتم استخدام معلوماتك الطبية والكشف عنها وكيف يمكنك الوصول لهذه المعلومات.
الرجاء مراجعته بعناية.

يجب أن يخبرك برنامج Medicaid بولاية نيويورك بكيفية قيامنا باستخدام ومشاركة وحماية معلوماتك الصحية. يشمل برنامج Medicaid بولاية نيويورك كلاً من برنامج Medicaid الاعتيادي وبرنامج Medicaid للرعاية المدارة. يدار هذا البرنامج بواسطة إدارة الصحة بولاية نيويورك (New York State Department of Health) والإدارات المحلية للخدمات الاجتماعية (Local Departments of Social Services).

معلوماتك الصحية سرية.

نحن مطالبون بالحفاظ على خصوصية معلوماتك، ومشاركتها فقط عندما نحتاج إلى ذلك، واتباع ممارسات الخصوصية في هذا الإخطار. يجب أن نبدل جهوداً خاصة لحماية أسماء الأشخاص الذين يحصلون على خدمات فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز (HIV/AIDS) أو خدمات المخدرات والكحول.

ما هي المعلومات الصحية التي لدى برنامج Medicaid بولاية نيويورك؟

عندما تقدمت بطلب إلى برنامج Medicaid، ربما تكون قد قدمت إلينا معلومات بشأن صحتك. عندما يقوم الأطباء والعيادات والمستشفيات وخطط الرعاية المدارة وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية الخاصة بك بإرسال مطالبات الدفع، فإننا أيضاً نحصل على معلومات حول صحتك وعلاجاتك وأدويةك.

كيف يستخدم برنامج Medicaid بولاية نيويورك ويشارك معلوماتك الصحية؟

يجب أن نشارك معلوماتك الصحية عندما:

- تطلب أنت أو ممثلك معلوماتك الصحية.
- تطلب الوكالات الحكومية المعلومات التي يسمح بها القانون كما في عمليات المراجعة.
- يتطلب القانون منا مشاركة المعلومات الخاصة بك.

في طلب Medicaid الخاص بك، منحت برنامج Medicaid بولاية نيويورك الحق في استخدام ومشاركة المعلومات الصحية الخاصة بك لدفع نفقات الرعاية الصحية الخاصة بك وتشغيل البرنامج. على سبيل المثال، نحن نستخدم معلوماتك ونشاركها من أجل:

- دفع فاتورة طبيبك، و/أو المستشفى و/أو فواتير مقدم الرعاية الصحية.
 - التأكد من حصولك على الرعاية الصحية الجيدة وأن جميع القواعد والقوانين قد اتبعت.
- قد نقوم بمراجعة معلوماتك الصحية:
- لتحديد ما إذا كنت قد تلقيت الإجراء الطبي الصحيح أو معدات الرعاية الصحية الصحيحة.
 - الاتصال بك حول التغييرات الهامة في مخصصاتك الصحية.
 - التأكد من أنك مسجل في البرنامج الصحي الصحيح.
 - جمع المدفوعات من شركات التأمين الأخرى.
 - لتحديد الأهلية في الالتحاق بالجزء هـ Medicare (Part D) أو برامج التأمين الأخرى التي قد تكون أكثر توفيراً لك.

قد نقوم أيضاً باستخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها في ظروف محدودة من أجل:

- دراسة الرعاية الصحية. قد نفحص المعلومات الصحية لكثير من المستهلكين لإيجاد سبل لتوفير رعاية صحية أفضل.
- منع أو الاستجابة لمشاكل خطيرة تتعلق بالصحة أو السلامة بالنسبة لك أو لمجتمعك كما يسمح به القانون الفيدرالي وقانون الولاية. يلزم الحصول على تفويض كتابي منك من أجل الاستخدامات والكشف عن المعلومات الصحية الأخرى:
- ملاحظات العلاج النفسي
- استخدامات المعلومات الصحية المحمية والكشف عنها لأغراض التسويق، بما في ذلك الاتصالات العلاجية المدعومة
- الكشف عن المعلومات الصحية التي تشكل بيئاً لمعلوماتك الصحية المحمية.

يجب أن يكون لدينا إذن خطي منك لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية لأي غرض لم يرد ذكره في هذا الإخطار إلا إذا طُلب منا ذلك بموجب القوانين التي تنطبق علينا.

ما هي حقوقك؟

لك أو لممتلك الحق في:

- الحصول على نسخة ورقية من هذا الإخطار.
- رؤية أو الحصول على نسخة من المعلومات الصحية الخاصة بك. إذا تم رفض طلبك، فلديك الحق في الطعن على الرفض.
- طلب تغيير معلوماتك الصحية. سوف ننظر في جميع الطلبات، لكن لا يمكننا تغيير الفواتير المرسله من قبل الطبيب أو العيادة أو المستشفى أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية.
- طلب الحد من كيفية استخدامنا لمعلوماتك ومشاركتها. سوف ننظر في جميع الطلبات، لكن لا يتعين علينا الموافقة على طلبك إلا عندما يقتضي القانون إجراء هذا الكشف.
- طلب الاتصال بك بشأن معلومات الرعاية الصحية الخاصة بك بطرق مختلفة (على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا إرسال البريد الخاص بك إلى عنوان مختلف).
- طلب نماذج خاصة توقعها تسمح لنا بمشاركة معلوماتك الصحية مع من تختاره. يمكنك سحب الإذن في أي وقت، ما دامت المعلومات لم تتم مشاركتها بالفعل.
- الحصول على قائمة بأولئك الذين تلقوا معلوماتك الصحية. لن تتضمن هذه القائمة المعلومات الصحية التي تطلبها أنت أو من ينوب عنك، أو المعلومات المستخدمة لتشغيل برنامج Medicaid في نيويورك أو المعلومات المقدمة لأغراض تنفيذ القانون.
- إخطارك عند خرق أي من معلوماتك الصحية المحمية غير المضمونة.

راجع الموقع الإلكتروني لإدارة الموارد البشرية بمدينة نيويورك (New York City Human Resources Administration) للحصول على نسخة إلكترونية من هذا الإخطار

(https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf). يمكنك أيضاً زيارة الموقع الإلكتروني لإدارة الصحة بولاية نيويورك (New York State Department of Health) لمشاهدة إصدار مختلف (https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm).

* لن يتم معاقبتك على تقديم شكوى. إذا قمنا بتغيير المعلومات الواردة في هذا الإخطار، فسنقوم بنشر النسخة المعدلة على موقعنا على:

(https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf)

هل تعاني من حالة صحية أو إعاقة بدنية أو ذهنية؟ هل تجعل هذه الحالة فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه أمراً صعباً عليك؟ هل تجعل هذه الحالة من حصولك على الخدمات الأخرى المتوفرة لدى إدارة الموارد البشرية (HRA) أمراً صعباً؟ يمكننا مساعدتك. اتصل بنا على الرقم 212-331-4640. يمكنك أيضاً طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يكفل لك القانون حق طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة.