

**GUIDE TO COMPLETE YOUR MEDICAID RENEWAL FORMS
GUIDE POUR REMPLIR LES FORMULAIRES DE
RENOUVELLEMENT DE VOTRE COUVERTURE MEDICAID**



Medical Assistance Program/OMR

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.

**AIDE POUR LE RENOUELEMENT DE VOTRE MEDICAID/SERVICES GRATUITS
D'INTERPRÉTATION**

Le présent livret vous aidera à remplir votre demande de renouvellement. Nous avons inclus un exemplaire en anglais et une version traduite. Veuillez ne renvoyer qu'un **seul** exemplaire. Si vous avez besoin d'aide pour remplir votre demande de renouvellement, appelez l'assistance téléphonique Medicaid (Medicaid Helpline) de la HRA au 1 888 692 6116 ou contactez un agent de l'un des régimes de soins gérés (Managed Care Plans) répertoriés à la page 4 du présent livret. Les personnes malentendantes peuvent appeler le 711 ou le 1 718 636 7783 au moyen d'un télécscripteur (TTY) (pas un téléphone classique).

Les services gratuits d'interprétation sont proposés par téléphone ou dans un bureau Medicaid.

**Remainder of page left blank intentionally
Le reste de la page est laissé intentionnellement vide**

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.

CHANGEMENT DES MODALITÉS DE RENOUELEMENT PAR COURRIER

Pour toute question concernant votre formulaire de renouvellement, vous pouvez continuer d'appeler l'assistance téléphonique de la HRA au 1 888 692 6116. Comme indiqué en page 4 du guide ci-joint pour vous aider à remplir vos demandes de renouvellement Medicaid, vous pouvez également joindre un agent des régimes de soins gérés pour obtenir de l'aide.

Ce formulaire est le **seul** exemplaire de demande de **renouvellement** qui vous sera envoyé automatiquement. Veuillez le conserver en lieu sûr jusqu'à ce que vous soyez prêt(e) à nous le renvoyer. **Votre réponse doit nous parvenir par courrier postal au plus tard à la date indiquée en page 1 du formulaire, sinon votre couverture pourrait prendre fin.**

Vous pouvez encore passer une évaluation préalable pour bénéficier de prestations supplémentaires sur le site Access NYC. Pour y accéder, cliquez sur <http://www1.nyc.gov> et sélectionnez Services sociaux (Social Services) dans le menu en bas de la page. Ce site est sécurisé et convivial.

Remarque :

- Il n'est pas nécessaire d'envoyer de justificatif de citoyenneté américaine pour le moment. D'autre part, vous n'avez pas à envoyer de justificatif de revenus sauf si le formulaire de renouvellement vous le demande.
 - Si vous le souhaitez, vous pouvez décider d'envoyer l'un ou l'autre de ces justificatifs ou les deux dès maintenant pour vous assurer que nous sommes en possession des données les plus exactes possible à votre sujet.
 - Si vous décidez de ne pas envoyer de justificatif, il est possible que nous vous écrivions ultérieurement pour vous les demander. La section « Guide de la documentation » aux pages 5 et 6 du présent livret vous indique le type de justificatifs que nous acceptons.
- Si vous nous dites que vous êtes de citoyenneté américaine, nous nous efforcerons de le vérifier par des recherches informatiques. Si nous ne parvenons pas à le vérifier, nous vous écrirons pour vous en informer et vous demander de nous envoyer un justificatif.
- Nous nous efforcerons également de vérifier vos revenus par des recherches informatiques. Si les résultats sont différents des données que vous avez déclarées, les résultats de la recherche informatique seront éventuellement utilisés pour déterminer votre admissibilité.
 - Si vous décidez de ne pas envoyer de justificatif, il est possible que nous vous écrivions ultérieurement pour vous les demander. La section « Guide de la documentation » aux pages 5 et 6 du présent livret vous indique le type de justificatifs que nous acceptons.
- Si vous avez quitté la ville de New York récemment pour vous installer dans un autre comté de l'État de New York, mais que vous n'avez pas encore fait ouvrir un dossier d'assurance maladie publique pour votre nouveau lieu de résidence, vous devez remplir de formulaire de renouvellement et nous le renvoyer. Nous vous aiderons à procéder au transfert de votre assurance.

RÉGIMES DE SOINS GÉRÉS PARTICIPANT À MEDICAID

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 المدقرا المشاركة التابعة لـMEDICAID 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	TELEPHONE NUMBER NUMERO TELEFONO 電話號碼 NIMEWO TELEFÒN НОМЕР ТЕЛЕФОНА 전화번호 رقم الهاتف টেলিফোন নম্বর NUMÉRO DE TÉLÉPHONE NR TELEFONU ٹیلیفون نمبر 电话号码	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				
		Bronx	Brooklyn	Manhattan	Queens	Staten Island
AFFINITY HEALTH PLAN	866-247-5678	●	●	●	●	●
EMBLEM HEALTH (formerly GROUP HEALTH INSURANCE/HIP HEALTH PLAN OF GREATER NY- GHI/HIP)	800-447-8255	●	●	●	●	●
HEALTHFIRST PHSP, INC.	866-463-6743	●	●	●	●	●
HEALTHPLUS AN AMERIGROUP COMPANY	800-950-7679	●	●	●	●	●
METRO-PLUS (METROPOLITAN HEALTH PLUS)	800-303-9626	●	●	●	●	●
NY STATE CATHOLIC HEALTHPLAN/FIDELIS	888-343-3547	●	●	●	●	●
UNITED HEALTHCARE COMMUNITY PLAN (formerly AMERICHOICE BY UNITED/ AMERCHOICE OF NY INC.)	800-493-4647	●	●	●	●	●
WELLCARE OF NY, INC.	800-308-2571 800-215-1531	●	●	●	●	●
MEDICAID RENEWAL SITE	785 Atlantic Ave. Brooklyn, NY 11238	888-692-6116				

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

GUIDE DE LA DOCUMENTATION POUR CONSERVER VOTRE COUVERTURE DE SANTÉ

La liste des justificatifs acceptés par le Programme d'assistance médicale est présentée ci-dessous. Veuillez utiliser ce guide et les consignes se trouvant sur la couverture du livret Avis de renouvellement pour connaître les documents que vous devrez éventuellement fournir afin de conserver votre couverture de santé.

REVENUS :

Salaires et rémunérations/emploi

- Bulletin(s) de salaire ou registres de paie récent(s)
- Déclaration écrite détaillée de l'employeur
- Formulaire W-2 (clients MBI-WPD uniquement)
- Déclaration fiscale (clients MBI-WPD uniquement)

Activité indépendante

- Déclaration fiscale signée
- Registre des recettes et dépenses

Revenus professionnels

- Si le salaire est fixe ----- → Copie du dernier bulletin de salaire ou lettre de l'employeur.
- Si le salaire change d'une période de paie à l'autre ----- → Copie des bulletins de salaire des 4 dernières semaines ou lettre de l'employeur.
- Si une partie de votre revenu/salaire est payée en espèces et que ----- → votre employeur refuse de vous fournir un justificatif écrit Répondez « Oui » à la première question à la fin de la section **REVENUS** de la page 2 du Livret de renouvellement
- Si vous avez une activité indépendante ----- → Copie de votre dernière déclaration fiscale et lettre (signée par vous) précisant vos revenus actuels. Si vos revenus ont changé, expliquez-en la raison.
- Si vous percevez des allocations chômage ----- → Envoyez une copie de la lettre d'octroi des allocations chômage ou une impression d'écran du site internet du Département du travail de l'État de New York (NYS Department of Labor) : <https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do>

Type de justificatif

Allocations chômage

- Lettre d'octroi/certificat
- Relevé des allocations ou impression d'écran
- Courrier du Département du travail de l'État de New York

Sécurité sociale

- Lettre d'octroi/certificat
- Chèque de prestations
- Courrier de l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration)

Pensions privées/rentes

- Relevés de pensions/rentes

Aide à l'enfance (Child Support)/pension alimentaire

- Lettre de la personne versant les prestations ou courrier du tribunal
- Talon de chèque de l'aide à l'enfance/la pension alimentaire

Indemnisation d'accident du travail

- Lettre d'octroi
- Talon de chèque

Revenus provenant d'un locataire ou pensionnaire

- Lettre du pensionnaire, colocataire ou locataire
- Talon de chèque

Solde militaire

- Lettre d'octroi
- Talon de chèque

Prestations aux anciens combattants

- Lettre d'octroi
- Talon de chèque des prestations
- Courrier provenant du bureau d'administration des anciens combattants (Veterans Administration, VA)

Intérêts/dividendes/redevances

- Courrier de la banque ou coopérative de crédit
- Lettre du courtier
- Lettre du mandataire

CITOYENNETÉ (si vous déclarez être de citoyenneté américaine, il n'est pas nécessaire d'envoyer de justificatif pour le moment. Si vous devez fournir des documents, ils vous seront demandés par courrier.)

- Passeport américain
- Certificat de citoyenneté américaine
- Certificat de naturalisation
- Acte de naissance américain et l'un des justificatifs d'identité suivants : (1) permis de conduire avec photo ou autres renseignements d'identification ; (2) pièce d'identité scolaire avec photo ; (3) carte militaire américaine ou dossier de service militaire ; (4) carte d'identité délivrée par le gouvernement fédéral, étatique ou local comportant les mêmes données qu'un permis de conduire.

STATUT D'IMMIGRATION : voici les documents délivrés par les services de citoyenneté et d'immigration des États-Unis (United States Citizenship & Immigration Services, USCIS)

- Carte de résident permanent I-551 (Carte verte)
- Permis de travail I-688B ou I-766
- Enregistrement d'arrivée/de départ I-94
- I-797 (Avis de poursuite) ou autre correspondance officielle adressée ou reçue d'USCIS, ICE ou EIOR

GARDE D'ENFANTS/DE PERSONNES À CHARGE : les documents doivent préciser le montant que vous versez et à quelle fréquence

- Courrier de la crèche ou d'un autre prestataire de garde d'enfants/de soins destinés aux adultes
- Quittances ou chèques oblitérés prouvant le paiement des services de garde

GROSSESSE :

- Déclaration d'un médecin/professionnel de santé précisant la date prévue de l'accouchement

ASSURANCE MALADIE PRIVÉE : les documents doivent préciser le montant que vous versez

- Police d'assurance
- Attestation d'assurance
- Carte d'assurance
- Autre justificatif d'assurance privée

NOUS ACCEPTONS DES PHOTOCOPIES DE TOUS LES DOCUMENTS À L'EXCEPTION DE CEUX DEMANDÉS POUR PROUVER VOTRE CITOYENNETÉ OU VOTRE IDENTITÉ

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. SSNs 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. SSNs 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 SSNs 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. SSNs 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).

CONDITIONS, DROITS ET RESPONSABILITÉS

En remplissant dûment et en signant ce formulaire, je dépose une demande de renouvellement de couverture Medicaid ou de couverture du Programme d'allocations du planning familial (Family Planning Benefit Program).

Je comprends que je dois fournir les informations nécessaires pour prouver mon admissibilité à chaque programme. J'accepte de signaler immédiatement tout changement des renseignements qui figurent sur ce formulaire. Si je ne suis pas en mesure d'obtenir les renseignements demandés, j'en informerai le district des services sociaux. Le district de services sociaux peut être en mesure de m'aider à obtenir ces informations.

Je comprends que les agents des programmes pour lesquels les membres de ma famille ou moi-même demandons un renouvellement peuvent vérifier les informations que j'ai fournies sur ce formulaire. Les agences qui administrent ces programmes garantissent la confidentialité de ces renseignements conformément à la réglementation 42 U.S.C. 1396a (a) (7) et 42 CFR 431.300-431.307 et à toutes les législations et réglementations fédérales et étatiques en vigueur.

Je comprends que la couverture Medicaid ou du Programme d'allocations du planning familial ne payera pas les frais médicaux qu'une assurance ou une autre personne est supposée payer, et que j'octroie à l'agence tous mes droits de demander et recevoir un soutien médical de la part d'un(e) conjoint(e) ou de parents de personnes âgées de moins de 21 ans, ainsi que mon droit de demander et recevoir des paiements de tiers pour toute la durée pendant laquelle je reçois des prestations.

Je déposerai une demande d'indemnités d'assurance en cas de maladie ou d'accident, ou de toute autre ressource à laquelle j'ai droit. Je comprends que j'ai le droit de prétendre à un motif valable si je ne coopère pas pour utiliser mon assurance maladie si son utilisation pouvait être dangereuse pour ma santé ou ma sécurité ou pour la santé et la sécurité d'une autre personne dont je suis légalement responsable.

Je comprends que ma race, ma couleur de peau ou mon ethnicité n'aura aucune influence sur mon admissibilité à ces programmes. Je comprends également qu'en fonction des critères de ces programmes individuels, mon âge, sexe, statut d'invalidité ou de citoyenneté peuvent être des facteurs qui déterminent mon admissibilité.

Je comprends que si mon enfant est couvert par Medicaid, il peut bénéficier de soins primaires ou de prévention complets, y compris de tout le traitement nécessaire par le biais du Programme de soins destiné aux enfants et adolescents (Child/Teen Health Program).

Je comprends que toute personne qui ment ou cache sciemment la vérité afin de bénéficier de services dans le cadre de ces programmes commet un acte criminel faisant l'objet de sanctions fédérales et étatiques, et peut devoir rembourser le montant des allocations perçues et payer des amendes administratives. Le Département des Impôts et des Finances de l'État de New York (New York State Department of Tax and Finance) est en droit de vérifier les informations concernant les revenus qui figurent sur ce formulaire.

CERTIFICATION DE CITOYENNETÉ/STATUT D'IMMIGRATION. Je certifie sous peine de parjure, en signant mon nom sur ce formulaire, que je suis, ou que toute personne pour laquelle je signe est, un(e) citoyen(ne) ou ressortissant(e) américain(e) des États-Unis ou a un statut d'immigration valable. Le terme « statut d'immigration valable » désigne un statut d'immigration qui ne rend pas la personne non admissible aux prestations. **Informations importantes :** les Services de citoyenneté et d'immigration des États-Unis ont déclaré que la souscription à Medicaid NE PEUT PAS influencer sur la capacité d'une personne à obtenir une carte verte, devenir citoyen, parrainer un membre de la famille ou voyager dans ou hors du pays (sauf si Medicaid paye pour des soins de longue durée dans un lieu comme une maison de soins infirmiers ou un hôpital psychiatrique). **L'État ne communiquera aucun des renseignements figurant sur cette demande à l'USCIS.**

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE. Tous les demandeurs doivent fournir un numéro de Sécurité sociale (Social Security Number, SSN) ou la preuve qu'ils ont demandé ou essayé d'en obtenir un. Les seules exceptions sont les femmes enceintes, les immigrants sans papiers et les non-immigrants temporaires qui déposent une demande de prise en charge d'un problème de santé d'urgence, et certains immigrants battus. Le SSN n'est pas obligatoire pour les membres de mon foyer qui ne font pas de demande de prestations. Je comprends que cela est exigé par la loi fédérale en vertu de l'Article 42 U.S.C. 1320b-7 (a) et par les règlements de Medicaid en vertu de l'Article 42 CFR 435.910. Les SSN sont utilisés dans ou hors du pays, au sein du Département des services sociaux (Department of Social Services, DSS) et entre les DSS et les agences fédérales, étatiques et locales, aussi bien à New York que dans les autres juridictions. Les SSN sont utilisés notamment : pour vérifier l'identité, pour identifier et pour vérifier les revenus professionnels et non professionnels, pour examiner si des parents non-tuteurs peuvent obtenir une couverture d'assurance maladie pour des demandeurs, pour vérifier si les demandeurs peuvent obtenir un soutien médical et pour vérifier si les demandeurs peuvent obtenir une aide financière ou une autre forme d'aide. Les SSN peuvent également être utilisés pour identifier le bénéficiaire au sein des agences Medicaid gouvernementales centrales et entre elles, afin de s'assurer que les services appropriés sont mis à la disposition du bénéficiaire.

DIVULGATION DES INFORMATIONS MÉDICALES. J'autorise la communication de toute information médicale me concernant ainsi que celle des membres de ma famille pour lesquels je donne mon autorisation : par mon médecin traitant, les autres prestataires de soins de santé ou le Département de la Santé de l'État de New York (New York State Department of Health, NYSDOH) à mon régime d'assurance maladie et aux prestataires de soins de santé engagés dans les soins qui me sont dispensés ou qui sont dispensés à ma famille, qui sont raisonnablement nécessaires à mon régime d'assurance maladie ou mes prestataires pour fournir les soins, le paiement ou les activités de soins de santé ; par mon régime d'assurance maladie et les prestataires de soins de santé au SDOH et aux autres agences fédérales, étatiques et locales autorisées aux fins de l'administration du programme Medicaid ; et, par mon régime d'assurance maladie à d'autres personnes physiques ou morales, qui sont raisonnablement nécessaires à mon régime d'assurance maladie pour fournir les soins, le paiement ou les activités de soins de santé. J'accepte également que les renseignements communiqués puissent inclure des informations en matière de VIH, de santé mentale ou de toxicomanie et d'alcoolisme me concernant ainsi que les membres de ma famille, dans les limites autorisées par la loi. Si plusieurs adultes de la famille adhèrent au régime d'assurance maladie Medicaid, la signature de chaque adulte déposant une demande est nécessaire au consentement à la communication des renseignements.

SOINS GÉRÉS PAR MEDICAID. Si j'ajoute un membre de ma famille à un dossier Medicaid et que je réside dans un comté qui exige que les bénéficiaires du programme Medicaid adhèrent à un régime d'assurance maladie, je comprends que ce membre de la famille sera inscrit au même régime d'assurance maladie que celui de ma famille, à moins qu'il n'en soit exempté ou exclu.

DIVULGATION DES DOSSIERS SCOLAIRES. J'autorise le Département local des services sociaux et l'État de New York à obtenir tout renseignement concernant les dossiers scolaires de mon ou mes enfants, ici nommés, nécessaires pour demander les remboursements Medicaid de services d'éducation liés à la santé, et à donner accès à l'agence du gouvernement fédéral appropriée à ces informations à la seule fin de vérification.

PROGRAMME D'INTERVENTION PRÉCOCE. Si mon enfant est évalué pour le Programme d'intervention précoce (Early Intervention Program) de l'État de New York ou y participe, j'autorise le Département local des services sociaux et l'État de New York à partager les informations relatives à l'admissibilité de mon enfant au programme Medicaid avec le Programme d'intervention précoce de mon comté aux fins de facturation du programme Medicaid. J'accepte de communiquer ces renseignements aux centres de santé scolaires qui fournissent des services aux demandeurs.

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.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

LA PRÉSENTE DÉCLARATION DÉCRIT DE QUELLE FAÇON LES INFORMATIONS MÉDICALES SUR VOTRE SANTÉ PEUVENT ÊTRE UTILISÉES ET COMMUNIQUÉES AINSI QUE LA FAÇON DONT VOUS POUVEZ ACCÉDER AUXDITES INFORMATIONS. VEUILLEZ LA LIRE ATTENTIVEMENT.

Le programme Medicaid de New York est tenu de vous indiquer la manière dont il utilise, partage et protège vos données médicales. Le programme Medicaid de New York comprend le programme Medicaid classique et le régime de soins gérés Medicaid. Le programme est géré par le Département de la Santé de l'État de New York (New York State Department of Health, NYS DOH) et le Département local des Services sociaux (Local Departments of Social Services).

Vos données médicales sont confidentielles.

Nous sommes tenus d'assurer la confidentialité de vos informations, de les communiquer exclusivement si c'est nécessaire et de faire respecter les pratiques de confidentialité prévues par la présente déclaration. Nous devons nous efforcer en particulier de protéger le nom des personnes qui bénéficient de services pour le VIH/SIDA (HIV/AIDS) et des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme.

Quelles sont les données médicales dont dispose le programme Medicaid de New York ?

Quand vous avez fait la demande de Medicaid, il est possible que vous nous ayez fourni des informations à propos de votre santé. Lorsque vos médecins, cliniques, hôpitaux, régimes de soins gérés et autres prestataires de services de santé envoient des demandes de paiement, nous recevons également des informations concernant votre état de santé, vos traitements et les médicaments qui vous sont administrés.

Comment le programme Medicaid de New York utilise-t-il et partage-t-il vos données médicales ?

Nous devons communiquer vos données médicales si :

- vous ou votre représentant demandez vos données médicales ;
- des agences gouvernementales demandent ces informations, conformément à la loi, comme pour les audits ;
- la loi exige que nous communiquions vos données.

Dans votre demande pour Medicaid, vous avez donné au programme Medicaid de New York le droit d'utiliser et de communiquer vos données pour payer vos soins médicaux et faire fonctionner le programme. Par exemple, nous utilisons et communiquons vos données pour :

- payer les factures de votre médecin, hôpital ou prestataires de soins ;
- nous assurer que vous bénéficiez de soins de qualité et que toutes les réglementations et les lois en vigueur sont respectées.

Nous pouvons évaluer vos données médicales pour :

- déterminer si la procédure médicale ou les équipements médicaux dont vous bénéficiez sont adaptés ;
- vous contacter à propos de changements importants concernant vos prestations de santé ;
- nous assurer que vous êtes inscrit(e) au régime de santé approprié ;
- collecter les paiements auprès d'autres compagnies d'assurance ;
- déterminer votre admissibilité au programme Medicare Partie D ou à d'autres programmes d'assurance qui pourraient être plus économiques pour vous.

Nous pouvons également utiliser et communiquer vos données médicales dans des circonstances exceptionnelles pour :

- **étudier les services de santé.** Nous pouvons analyser les données médicales de nombreux consommateurs afin de trouver des moyens de fournir de meilleurs services de santé ;
- **éviter ou répondre à de graves problèmes de santé ou de sécurité pour vous ou votre communauté, si les lois fédérales et étatiques l'autorisent.**

Nous avons besoin de votre autorisation écrite pour d'autres utilisations et communications :

- **rapports de psychothérapie ;**
- **utilisation et communication de données médicales protégées à des fins de marketing, y compris la communication de traitements subventionnés ;**
- **la vente de vos données médicales protégées dans le cadre d'une communication.**

Nous devons avoir votre autorisation écrite pour utiliser ou communiquer vos données médicales à toute autre fin que celles citées dans la présente déclaration, sauf si les lois en vigueur l'exigent.

Quels sont vos droits ?

Vous et vos représentants avez le droit de :

- obtenir un exemplaire sur papier de la présente déclaration ;
- consulter ou obtenir une copie de vos données médicales. Si votre demande est refusée, vous avez le droit de demander la révision du refus ;
- demander la modification de vos données médicales. Nous étudierons toutes les demandes. Toutefois, nous ne pouvons pas modifier les factures envoyées par votre médecin, clinique, hôpital ou autre prestataire de soins ;
- demander de limiter notre utilisation et notre communication de vos données. Nous étudierons toutes les demandes. Toutefois nous ne sommes pas tenus d'accéder à vos demandes, hormis si les lois en vigueur exigent que nous procédions à cette communication ;
- nous demander de vous contacter à propos de vos données médicales par des moyens différents (par exemple, vous pouvez nous demander d'envoyer votre courrier à une adresse différente) ;
- demander des formulaires spéciaux que vous pourrez signer nous autorisant à communiquer vos données médicales à de quelconques personnes de votre choix. Vous pouvez retirer votre autorisation à tout moment, à condition que les données n'aient pas déjà été communiquées ;
- obtenir une liste des personnes qui ont reçu vos données médicales. La liste ne comprendra pas les données médicales que vous ou votre représentant avez demandées, les informations utilisées pour le fonctionnement du programme Medicaid de New York ou des informations transmises à des fins d'application des lois ;
- être informé(e) d'une violation de vos données médicales protégées non sécurisées quelles qu'elles soient.

Rendez-vous sur le site internet de l'Administration des ressources humaines de la ville de New York (New York City Human Resources Administration, HRA) pour obtenir un exemplaire électronique de la présente déclaration (https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf). Vous pouvez également consulter le site internet du Département de la Santé de l'État de New York pour obtenir une autre version (https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm).

***Vous ne serez pas pénalisé(e) si vous déposez une réclamation. Si nous modifions les informations fournies par la présente déclaration, nous publierons la version modifiée sur notre site internet à l'adresse suivante :**

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

Souffrez-vous d'un handicap, d'un problème de santé ou de santé mentale ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce qui est demandé dans cet avis ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la part de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au 212 331 4640. Vous pouvez également demander de l'aide lorsque vous vous rendez dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.