

**GUIDE TO COMPLETE YOUR MEDICAID RENEWAL FORMS**  
**РУКОВОДСТВО ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМ ЗАЯВЛЕНИЙ**  
**О ПРОДЛЕНИИ MEDICAID**



**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.**

**ПОМОЩЬ В ПРОДЛЕНИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ MEDICAID /**  
**БЕСПЛАТНЫЕ УСЛУГИ УСТНОГО ПЕРЕВОДА**

Эта брошюра поможет вам заполнить форму заявления на продление участия в программе. Мы включили текст на английском языке и перевод. Необходимо вернуть **только** одну форму. Чтобы получить помощь в процессе переоформления, позвоните в службу поддержки HRA Medicaid (HRA Medicaid Helpline) по номеру 1-888-692-6116 или обратитесь в один из планов координированного медицинского обслуживания (Managed Care Plan), указанных на странице 4 настоящей брошюры. Заявители с нарушениями слуха могут звонить по номеру 711 или 1-718-636-7783, пользуясь текстовым телефоном (телетайпом), а не обычным телефоном.

**Бесплатные услуги устного перевода доступны по телефону или в любом офисе Medicaid.**

**Remainder of page left blank intentionally**

**Остальная часть страницы оставлена пустой намеренно.**

## 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.

## ИЗМЕНЕНИЯ В ПРОДЛЕНИИ УЧАСТИЯ ПО ПОЧТЕ

Если у вас есть вопросы по поводу формы заявления на продление участия в программе, позвоните в справочную службу HRA Medicaid по номеру 1-888-692-6116. Для получения помощи вы можете также обратиться в один из планов координированного медицинского обслуживания, указанных на странице 4 прилагаемого Руководства по заполнению формы продления Medicaid.

Это **единственное** заявление на продление страхования, которое будет автоматически направлено вам. Храните его в надежном месте, пока не будете готовы вернуть его нам. **Мы должны получить ваш ответ по почте до даты, указанной на 1-й странице заявления, иначе ваше страховое покрытие может закончиться.**

Вы по-прежнему можете пройти предварительный отбор для получения дополнительных льгот и пособий на сайте Access NYC. Доступ к нему можно получить, перейдя по ссылке <http://www1.nyc.gov> и выбрав в меню, расположенном в нижней части страницы, раздел «Социальные услуги» (Social Services). Сайт безопасен, надежен и прост в использовании.

---

### Примечание.

- В данный момент вам не нужно отправлять подтверждение гражданства США. Вам не нужно отправлять нам подтверждение доходов, если в форме заявления на продление страхования нет соответствующего указания.
  - По желанию вы можете направить нам любые из вышеуказанных документов, чтобы у нас была наиболее точная информация.
  - Если вы решите не направлять подтверждающие документы сейчас, мы можем запросить их у вас позднее. На страницах 5 и 6 в разделе «Руководство по документам» настоящей брошюры указаны принимаемые нами виды подтверждающих документов.
- Если вы указываете, что являетесь гражданином США, мы проверим ваш статус гражданина с помощью компьютерной сверки. В случае если мы не сможем провести такую проверку, мы сообщим вам об этом и запросим подтверждение гражданства.
- Кроме того, мы проведем проверку ваших доходов с помощью компьютерной сверки. В случае расхождений между результатами компьютерной сверки и предоставленной вами информации для определения вашего права на продление участия в программе могут быть использованы результаты сверки.
  - Если вы решите не направлять подтверждающие документы сейчас, мы можем запросить их у вас позднее. На страницах 5 и 6 в разделе «Руководство по документам» настоящей брошюры указаны принимаемые нами виды подтверждающих документов.
- Если вы недавно переехали из города Нью-Йорка в другой округ в пределах штата Нью-Йорк, но новое дело пока не было открыто по новому месту жительства, вы должны заполнить и вернуть настоящую форму заявления о продлении участия в программе. Мы поможем вам с переносом вашего страхового покрытия.

**УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРОГРАММЕ MEDICAID ПЛАНЫ КООРДИНИРОВАННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

<b>MEDICAID PARTICIPATING MANAGED CARE PLANS</b> <b>PLANES DE ATENCIÓN ADMINISTRADA PARTICIPANTES DE MEDICAID</b> 參與 MEDICAID 的管理式醫療計畫 (MANAGED CARE PLAN) <b>PLAN SWEN KONTWOLE MEDICAID K AP PATISIPE</b> <b>УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРОГРАММЕ MEDICAID ПЛАНЫ КООРДИНИРОВАННОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ MANAGED CARE</b> <b>MEDICAID 참여 의료 관리 플랜 (Participating Managed Care Plan)</b> <b>MEDICAID خطط الرعاية المدفوعة المشاركة التابعة لـ</b> <b>MEDICAID এ অংশগ্রহণকারী পরিচালিত পরিচর্যার পরিকল্পনাসমূহ</b> <b>RÉGIMES DE SOINS GÉRÉS PARTICIPANT À MEDICAID</b> <b>PLANY UCZESTNICZĄCE W OPIECE ZARZĄDZANEJ MEDICAID</b> MEDICAID میں شرکت کرنے والے منضبط نگہداشت کے منصوبے 参与 MEDICAID 的管理式护理计划	<b>TELEPHONE NUMBER</b> <b>NUMERO TELEFONO</b> 電話號碼 <b>NIMEWO TELEFÒN</b> <b>НОМЕР ТЕЛЕФОНА</b> 전화번호 رقم الهاتف <b>টেলিফোন নম্বর</b> <b>NUMÉRO DE TÉLÉPHONE</b> <b>NR TELEFONU</b> تیلیفون نمبر 电话号码	<b>CURRENT SERVICE AREA</b> Area Actual de Servicio 目前服務地區 <b>Zòn Sèvis Aktyèl</b> <b>Район обслуживания</b> 현재 서비스 지역 منطقة الخدمة الحالية <b>বর্তমান পরিষেবা ক্ষেত্র</b> <b>ZONE DE SERVICE ACTUELLE</b> <b>OBEČNY REGION USŁUG</b> خدمت کا موجودہ علاقہ 当前服务地区				
	Бронкс Бруклин Манхэттен Куинс Статен-Айленд					
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 1-766 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**

Ниже приведен перечень подтверждающих документов, принимаемых в рамках программ медицинского страхования. Настоящее руководство вместе с инструкциями, указанными на титульной странице брошюры-уведомления о продлении действия программы, содержит информацию о документах, которые, возможно, вам будет необходимо предоставить для продления срока действия медицинского страхования.

**ДОХОД**

**Заработная плата / трудоустройство**

- Текущие чеки / квитанции о начислении заработной платы или платежные ведомости
- Подробная письменная справка с места работы
- W-2 (только для клиентов MBI-WPD)
- Декларация по подоходному налогу (только для клиентов MBI-WPD)

**Индивидуальная трудовая деятельность**

- Подписанная декларация по подоходному налогу
- Справки о доходах и расходах

**Доход от трудовой деятельности**

- Если заработная плата не меняется ----->
- Если заработная плата меняется в разные платежные периоды ----->
- Если вы получаете какую-либо часть заработной платы / дохода в виде наличных средств и работодатель не предоставляет письменное подтверждение ----->
- В случае индивидуальной трудовой деятельности ----->
- Если вы получаете пособие по безработице ----->

**Вид подтверждающего документа**

Копия последней квитанции о начислении заработной платы или письмо от работодателя.  
 Копии квитанций о начислении заработной платы за последние 4 недели или письмо от работодателя.  
 Укажите ответ «Да» в первом вопросе в нижней части раздела «ДОХОД» на 2-й странице брошюры с информацией о продлении медицинского страхования.  
 Копия последней налоговой декларации и письмо о текущем размере дохода (с вашей подписью). Если доход изменился, поясните причину.  
 Направьте копию письма о предоставлении пособия по безработице или распечатку с веб-сайта Департамента труда штата Нью-Йорк (NYS Department of Labor): <https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do>

**Пособие по безработице**

- Письмо/свидетельство о предоставлении пособия
- Справка о получении пособия или распечатка электронного документа
- Письмо из Департамента труда штата Нью-Йорк

**Социальное обеспечение**

- Письмо/свидетельство о предоставлении пособия
- Копия чека о выплате пособия
- Письмо из Управления социального обеспечения (Social Security Administration)

**Проценты / дивиденды / авторские гонорары**

- Письмо из банка или кредитного союза
- Письмо от брокера
- Письмо от агента

**Алименты на содержание ребенка/супруга (-и)**

- Письмо от лица, уплачивающего алименты, или письмо из суда
- Корешок чека об уплате алиментов на содержание ребенка/супруга (-и)

**Персональная пенсия / Аннуитет**

- Справка из компании, выплачивающей пенсию/аннуитет

**Доход от аренды или сдачи внаем жилья/предоставления питания**

- Письмо от квартиранта, пансионера, арендатора
- Корешок чека

**Компенсация работникам**

- Письмо о предоставлении компенсации
- Корешок чека

**Пособие ветеранам**

- Письмо о предоставлении выплат
- Корешок чека о выплате пособия
- Письмо из Управления по делам ветеранов (Veterans' Administration)

**Денежное довольствие военнослужащих**

- Письмо о предоставлении довольствия
- Корешок чека

**ГРАЖДАНСТВО (Если вы заявляете о гражданстве США, вам не нужно направлять подтверждение вместе с этой формой. Если потребуются какие-либо документы, вам будет направлен соответствующий запрос.)**

- Паспорт США
- Свидетельство о рождении, выданное в США, и один из нижеуказанных документов, удостоверяющих личность: (1) Водительские права с фотографией или иной информацией, удостоверяющей личность (2) Ученическое удостоверение личности с фотографией (3) Удостоверение личности военнослужащего США или свидетельство о призыве (4) Удостоверение личности, выданное федеральным или районным государственным органом либо государственным органом штата, с такой же информацией, которая указана в водительских правах
- Свидетельство о гражданстве США
- Свидетельство о натурализации

**ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС** Далее перечислены документы, выдаваемые Службой иммиграции и натурализации США (United States Citizenship & Immigration Services, USCIS):

- I-551 — постоянный вид на жительство («грин-карта»)
- I-94 — запись о прибытии/выбытии
- I-688B или I-766 — карточка разрешения на трудоустройство
- I-797 — Уведомление о принятых мерах или иное официальное письмо, полученное из USCIS, ICE или EIOR либо направленное в эти органы

**УХОД ЗА ДЕТЬМИ / СОДЕРЖАНИЕ ИЖДИВЕНЦЕВ** В документах должна быть указана сумма и регулярность выплат.

- Письмо из центра дневного ухода или другой организации по уходу за детьми или взрослыми

**БЕРЕМЕННОСТЬ**

- Справка от врача / иного медицинского специалиста с указанием предполагаемой даты родов

**ЧАСТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ** В документах должна быть указана сумма, которую вы платите.

- Договор страхования
- Страховой полис
- Карта страхования
- Иной документ, подтверждающий наличие частного страхования

**МЫ ПРИНИМАЕМ ФОТОКОПИИ ЛЮБЫХ ДОКУМЕНТОВ, КРОМЕ УДОСТОВЕРЕНИЙ ЛИЧНОСТИ И ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ГРАЖДАНСТВО**

## 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).

## УСЛОВИЯ, ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Заполняя и подписывая настоящую форму, я подаю заявление на продление участия в программе Medicaid и (или) в Программе поддержки планирования семьи (Family Planning Benefit Program).

Я понимаю, что необходимо предоставить информацию для подтверждения своего права на участие в каждой из программ. Я согласен (-на) незамедлительно сообщать о любых изменениях сведений, указанных в настоящей форме. Если я не смогу получить информацию, я сообщу об этом в районное отделение социальных служб. Районное отделение социальных служб может оказать помощь в получении информации.

Я понимаю, что работники программ, на продление участия в которых я или члены моей семьи подаем заявление, могут проверить информацию, указанную мною в данной форме. Учреждения, осуществляющие такие программы, обязаны соблюдать конфиденциальность этой информации согласно 42 U.S.C. 1396a (a) (7) и 42 CFR 431.300-431.307, а также согласно законам и нормативным актам федерального уровня и уровня штата.

Я понимаю, что программа Medicaid и (или) Программа поддержки планирования семьи не оплачивают медицинские расходы, подлежащие оплате страховой компанией или другим лицом, и что я передаю данному учреждению все свои права на взыскание и получение оплаты медицинской помощи от супруга (-и) или родителей лиц в возрасте до 21 года, а также свое право на взыскание и получение платежей от третьих лиц в течение всего времени получения льгот.

Я буду подавать заявления на получение всех выплат по медицинскому страхованию и страхованию от несчастных случаев или иных ресурсов, на которые я имею право. Я понимаю, что на основании уважительных причин имею право не пользоваться медицинской страховкой, если такое использование может причинить ущерб моему здоровью или безопасности либо здоровью и безопасности лица, за которое я несу юридическую ответственность.

Я понимаю, что мое право на участие в этих программах не зависит от расовой принадлежности, цвета кожи или национального происхождения. Я также понимаю, что в зависимости от требований этих отдельных программ мой возраст, пол, инвалидность или статус гражданства могут быть фактором при определении моего права.

Я понимаю, что, если мой ребенок участвует в программе Medicaid, он может получать комплексное первичное и профилактическое медицинское обслуживание, включая все необходимое лечение через программу охраны здоровья детей и подростков.

Я понимаю, что любое лицо, которое предоставляет заведомо ложную информацию или скрывает информацию для получения услуг по этим программам, совершает преступление и может быть привлечено к ответственности в соответствии с федеральным законодательством или законодательством штата, и его могут обязать оплатить полученные льготы и уплатить штрафы в рамках административных санкций. Департамент налогообложения и финансов (Department of Tax and Finance) штата Нью-Йорк вправе проверить информацию о доходах, указанную в настоящей форме.

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ГРАЖДАНСТВА / ИММИГРАЦИОННОГО СТАТУСА.** Подписывая эту форму, я подтверждаю под страхом наказания за предоставление заведомо ложной информации, что я и (или) лица, за которых я ставлю подпись, являемся гражданами США, уроженцами США либо иммигрантами с удовлетворительным иммиграционным статусом. Под «удовлетворительным иммиграционным статусом» понимается иммиграционный статус, который не лишает лицо права на получение льгот. **Важная информация.** Согласно заявлению Службы по вопросам гражданства и иммиграции США, участие в программе Medicaid НЕ МОЖЕТ повлиять на способность лица получить «грин-карту», стать гражданином, спонсировать члена семьи, выезжать за пределы страны и въезжать в нее (кроме случаев, когда Medicaid оплачивает долгосрочное пребывание в таком учреждении, как дом престарелых или психиатрическая больница). **Органы штата обязуются не передавать в USCIS информацию, содержащуюся в настоящем заявлении.**

**НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ.** Все заявители должны предоставить номер социального страхования (social security number, SSN) либо подтверждение того, что они подали либо пытались подать заявление на его получение. Единственными исключениями являются беременные женщины, иммигранты без документов и иностранцы с временной визой на пребывание в США, подающие заявление на получение неотложной медицинской помощи, а также некоторые иммигранты, подвергшиеся физическому насилию. Не требуется указывать SSN членов моей семьи, не обращающихся с заявлением о получении льгот. Я понимаю, что это требование предьявляется в соответствии с федеральным законом, который включен в 42 U.S.C. 1320b-7 (a), и правилами Medicaid, предусмотренными в 42 CFR 435.910. Номера социального страхования используются в разных целях внутри Департамента социальных служб (Department of Social Services, DSS) и при обмене информацией между DSS, федеральными, действующими на уровне штата и местными учреждениями в Нью-Йорке и в других юрисдикциях. Номера SSN могут использоваться следующим образом: проверка личности заявителя, выявление и проверка дохода от трудовой деятельности и иного дохода, проверка возможности родителей, не являющихся опекунами, получить медицинское страхование для заявителей, проверка возможности заявителей получить пособие на медицинское обслуживание и проверка возможности заявителей получить денежную или иную помощь. Номера SSN могут также использоваться для идентификации получателя льгот в пределах центральных государственных учреждений, занимающихся администрированием Medicaid, а также для обмена информацией между этими учреждениями с целью предоставления получателю льгот надлежащих услуг.

**РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ.** Я даю согласие на передачу любой медицинской информации обо мне и о членах моей семьи, за которых я могу дать согласие: моим первичным поставщиком медицинских услуг, любым другим поставщиком медицинских услуг или Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (State Department of Health, SDOH) в распоряжение администрации моего плана медицинского страхования и любых других поставщиков медицинских услуг, участвующих в оказании услуг для меня или моей семьи, насколько это целесообразно для того, чтобы мой план медицинского страхования или мои поставщики услуг могли проводить лечение, оплату или оказывать медицинские услуги; администрацией моего плана медицинского страхования и любыми поставщиками медицинских услуг в распоряжение SDOH и других уполномоченных федеральных органов, органов штата и местных органов в целях реализации программ Medicaid, и моим планом медицинского страхования в распоряжение других лиц или организаций, насколько это целесообразно для того, чтобы мой план медицинского страхования мог проводить лечение, оплату или оказывать медицинские услуги. Я также признаю, что раскрываемая информация может содержать, в допустимых законом пределах, сведения о ВИЧ-инфекции, психическом здоровье или алкогольной либо наркотической зависимости в отношении меня и членов моей семьи. Если на план Medicaid подписываются несколько совершеннолетних членов семьи, для согласия на раскрытие информации требуется подпись каждого совершеннолетнего члена семьи, подающего заявку.

**КООРДИНИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ MEDICAID.** Если я добавляю члена семьи в дело Medicaid и я живу в округе, который требует, чтобы получатели льгот в рамках Medicaid были подписаны на план медицинского страхования, я понимаю, что этот член семьи будет зарегистрирован в том же плане, что и моя семья, кроме случаев, когда член семьи освобождается от этого требования или исключается из него.

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ОБ ОБРАЗОВАНИИ.** Я разрешаю местному Департаменту социальных служб и штату Нью-Йорк получать любую информацию в отношении документов об образовании моих детей, имена которых указаны в этой форме, необходимую для получения от Medicaid возмещения за связанные со здравоохранением образовательные услуги, а также для предоставления соответствующему федеральному государственному учреждению доступа к этой информации с единственной целью ее аудита.

**ПРОГРАММА РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.** Если мой ребенок проходит освидетельствование для участия или участвует в Программе раннего вмешательства (Early Intervention Program) штата Нью-Йорк, я разрешаю местному департаменту социальных служб и штату Нью-Йорк передавать информацию о праве моего ребенка на получение льгот Medicaid в распоряжение Программы раннего вмешательства моего округа с целью выставления счетов программе Medicaid. Я соглашаюсь на передачу этой информации в медицинский центр на базе школы, оказывающий услуги заявителю (-ям).



**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](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](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](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.

## УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

**В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЮТСЯ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ, РАСКРЫТИЯ И ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННЫМ ДОКУМЕНТОМ.**

Согласно правилам программы Medicaid в Нью-Йорке, мы обязаны уведомлять вас о том, как мы используем, распространяем и защищаем вашу медицинскую информацию. Программа Medicaid в Нью-Йорке включает два плана: стандартный план Medicaid и план управляемого медицинского обслуживания Medicaid. Управление программой осуществляет Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health) и местные отделы социальных служб (Local Departments of Social Services).

**Ваша медицинская информация является конфиденциальной.**

Мы обязаны обеспечивать конфиденциальность вашей информации, передавать ее третьим лицам только в случае необходимости и соблюдать правила, изложенные в данном уведомлении. Мы должны прилагать особые усилия для сохранения в тайне имен людей, получающих услуги, связанные с лечением ВИЧ/СПИД (HIV/AIDS), а также алкогольной или наркотической зависимости.

**Какая медицинская информация хранится в базах данных программы Medicaid в Нью-Йорке?**

Когда вы подали заявку на участие в Medicaid, вы могли сообщить нам информацию о состоянии вашего здоровья. Когда ваши врачи, клиники, больницы, планы управляемого медицинского обслуживания или другие поставщики медицинских услуг направляют нам требования оплаты, мы также получаем информацию о вашем здоровье, о том, какие процедуры вы проходили и какие препараты получали.

**Как раскрывается и используется медицинская информация в рамках программы Medicaid в Нью-Йорке?**

Мы должны предоставлять вашу медицинскую информацию в следующих случаях:

- Информацию запрашиваете вы сами или ваш законный представитель.
- Информацию запрашивают органы власти на законных основаниях, например при проведении аудиторской проверки.
- Закон обязывает нас предоставить вашу информацию.

Подаявая заявку на участие в Medicaid, вы дали представителям программы Medicaid в Нью-Йорке право передавать и использовать вашу медицинскую информацию для оплаты медицинского обслуживания и в целях реализации программы. Например, мы передаем и используем ваши данные:

- для оплаты счетов, выставленных врачами, больницами или другими медицинскими учреждениями;
- для обеспечения качества медицинского обслуживания и соблюдения всех действующих правил и законов.

Мы можем проверять вашу медицинскую информацию в следующих случаях:

- чтобы определить, правильно ли подобраны медицинские процедуры или медицинское оборудование;
- чтобы связаться с вами, если нужно сообщить о важных изменениях в условиях страхования;
- чтобы убедиться, что выбранная программа медицинского страхования вам подходит;
- чтобы получать оплату от других страховых компаний;
- чтобы проверить, соответствуете ли вы критериям участия в Medicare часть D или в каких-либо других более выгодных программах страхования.

При определенных условиях мы можем также передавать и использовать вашу медицинскую информацию для следующих целей:

- **исследование медицинского обслуживания:** мы можем просматривать медицинскую информацию многочисленных клиентов для поиска путей повышения качества медицинского обслуживания;
- **профилактика или реагирование на серьезные проблемы в сфере здоровья и безопасности, касающиеся вас или окружающих вас людей, в рамках федерального законодательства и законодательства штата.**

Иные способы использования и раскрытия информации требуют вашего письменного разрешения:

- **заметки психотерапевта;**
- **раскрытие и использование конфиденциальной медицинской информации для целей маркетинга, в том числе для обмена информацией о субсидируемых формах лечения;**
- **передача конфиденциальной медицинской информации с целью продажи.**

Мы обязаны получить ваше письменное разрешение для передачи или использования вашей медицинской информации в целях, не упомянутых в данном документе, за исключением ситуаций, оговоренных в действующем законодательстве.

### **Ваши права**

Вы или ваш законный представитель имеете право на следующее:

- Получить бумажную копию данного уведомления.
- Просматривать или получить копию вашей медицинской информации. Подать апелляцию, если ваш запрос отклонен.
- Попросить внести изменения в медицинскую информацию. Мы рассмотрим каждое обращение, но мы не можем вносить изменения в счета, полученные от вашего врача, клиники, больницы или другого поставщика медицинских услуг.
- Попросить установить ограничения в отношении распространения и использования вашей информации. Мы рассмотрим каждое обращение, но мы не обязаны устанавливать подобные ограничения по просьбе клиента, за исключением случаев, когда это требуется по закону.
- Попросить нас связываться с вами по вопросам, касающимся медицинской информации, другим способом (например, вы можете попросить присылать почту на другой адрес).
- Попросить нас выдать вам особые формы, которые вы можете подписать и тем самым разрешить нам предоставлять вашу медицинскую информацию людям, которых вы укажете в форме. Вы сможете отозвать разрешение в любой момент, если информация не была передана.
- Получить список лиц, которым передавалась ваша медицинская информация. В этот список не будут включены случаи, когда информацию запрашивали вы сами или ваш законный представитель, когда информация использовалась в целях реализации программы Medicaid в Нью-Йорке, а также когда информация предоставлялась правоохранительным органам.
- Получать уведомления в случае незаконного доступа к вашей незащищенной конфиденциальной медицинской информации.

Электронная копия данного уведомления размещена на веб-сайте Управления трудовых ресурсов г. Нью-Йорка (New York City Human Resources Administration) по адресу

[https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy\\_notice.pdf](https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf). Альтернативную версию можно найти на веб-сайте Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк по адресу

[https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm).

**\*Вы не будете подвергнуты санкциям, если подадите жалобу. Если мы внесем изменения в текст данного уведомления, исправленная версия будет размещена на нашем веб-сайте по следующему адресу:**

[https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy\\_notice.pdf](https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf)

**У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность?** Это нарушение мешает Вам понять смысл данного уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Вам трудно пользоваться другими услугами HRA? **Мы сможем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру 212-331-4640. Вы также сможете обратиться за помощью во время посещения офиса HRA. Вы имеете законное право потребовать такую помощь.