

**GUIDE TO COMPLETE YOUR MEDICAID RENEWAL FORMS**  
**GUÍA PARA COMPLETAR SUS FORMULARIOS**  
**DE RENOVACIÓN DE 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.**

**ASISTENCIA PARA SU RENOVACIÓN DE MEDICAID/SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN GRATUITOS**

Este folleto le ayudará a completar su Renovación. Se ha incluido una versión en inglés y una traducción. Devuelva **solo** una. Para obtener ayuda con su Renovación, llame a la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA al 1-888-692-6116 o comuníquese con uno de los Planes de atención administrada (Managed Care Plans) que se describen en la página 4 de este folleto. Las personas con problemas de audición pueden llamar al 711 o al 1-718-636-7783 con un dispositivo de teléfono de texto (TTY) (no con un teléfono estándar).

**Los servicios de interpretación gratuitos están disponibles por teléfono o en cualquier oficina de Medicaid.**

**Remainder of page left blank intentionally**  
**El resto de la página se dejó en blanco intencionalmente**

## 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.

## CAMBIOS EN LA RENOVACIÓN POR CORREO

Puede seguir llamando a la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA al 1-888-692-6116 si tiene alguna pregunta sobre su formulario de renovación. Para recibir asistencia, también puede comunicarse con uno de los Planes de atención administrada que se describen en la página 4 de la Guía para completar sus formularios de renovación de Medicaid adjunta.

Esta es la **única** Solicitud de **renovación** que se le enviará de forma automática. Consérvela en un lugar seguro hasta que usted esté listo para enviárnosla. **Debe enviar su respuesta por correo antes de la fecha que figura en la página 1 de la Solicitud, de lo contrario, su cobertura podría cancelarse.**

Todavía puede realizar una evaluación previa para beneficios adicionales en el sitio de Access NYC. Para acceder, visite <http://www1.nyc.gov> y seleccione Servicios Sociales (Social Services) dentro del menú que aparece en la parte inferior de la página. El sitio es seguro y fácil de usar.

---

### Nota:

- No es necesario que envíe una constancia de ciudadanía estadounidense en este momento. Tampoco es necesario que envíe una constancia de ingresos, a menos que en el formulario de renovación se indique que tiene que hacerlo.
  - Si así lo desea, puede enviar una o ambas ahora para garantizar que tengamos su información más exacta.
  - Si decide no enviar dichas constancias en este momento, es posible que le solicitemos que lo haga más adelante. La “Guía de documentación” de las páginas 5 y 6 de este folleto muestra los tipos de constancias que aceptamos.
- Si usted asegura que es ciudadano de los Estados Unidos, intentaremos verificar la ciudadanía mediante un cotejo electrónico. De no ser posible, le escribiremos para informárselo y le pediremos que nos envíe la constancia.
- También intentaremos verificar sus ingresos mediante un cotejo electrónico. Si los resultados de la búsqueda son diferentes de la información que usted declaró, dichos resultados se podrán utilizar al momento de determinar su elegibilidad.
  - Si decide no enviar dichas constancias en este momento, es posible que le solicitemos que lo haga más adelante. La “Guía de documentación” de las páginas 5 y 6 de este folleto muestra los tipos de constancias que aceptamos.
- Si se mudó recientemente de la ciudad de Nueva York a otro condado dentro del estado de Nueva York, pero todavía no se le ha abierto un caso de seguro de salud público en el lugar donde usted vive ahora, debe completar este formulario de renovación y devolvérselo. Le ayudaremos a trasladar su cobertura.

**PLANES DE ATENCIÓN ADMINISTRADA PARTICIPANTES DE MEDICAID**

<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> УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРОГРАММЕ MEDICAID ПЛАНЫ КООРДИНИРОВАННОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ MANAGED CARE MEDICAID 참여 의료 관리 플랜 (Participating Managed Care Plan) خطط الرعاية المدقرا المشاركة التابعة لـ MEDICAID MEDICAID এ অংশগ্রহণকারী পরিচালিত পরিচর্যার পরিকল্পনাসমূহ <b>RÉGIMES DE SOINS GÉRÉS PARTICIPANT À MEDICAID</b> PLANU UCZESTNICZAŁE W OPIECE ZARZĄDZANEJ MEDICAID 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 টেলিফোন নম্বর <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> Район обслуживания 현재 서비스 지역 منطقة الخدمة الحالية বর্তমান পরিষেবা ক্ষেত্র <b>ZONE DE SERVICE ACTUELLE</b> <b>OBEČNY REGION USŁUG</b> 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**

## GUÍA DE DOCUMENTACIÓN PARA CONTINUAR CON SU COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

A continuación se proporciona una lista de constancias que se aceptan en los Programas de asistencia médica (Medical Assistance Programs). Utilice esta guía junto con las instrucciones que se detallan en la portada del Folleto de notificación de renovación para determinar qué documentos debería proporcionar para poder continuar con su cobertura de atención médica.

### INGRESOS:

#### Sueldo y salario/empleo

- Cheque/recibo de pago actual o registros de nóminas
- Declaración detallada por escrito de parte del empleador
- W-2 (solo para clientes del MBI-WPD)
- Declaración del impuesto sobre la renta (solo para clientes del MBI-WPD)

#### Ingresos laborales

- Si el salario sigue siendo el mismo -----> Copia del último recibo de pago o carta del empleador.
- Si el salario cambia de un período de pago a otro -----> Copias de recibos de pago que abarquen las últimas cuatro semanas o carta del empleador.
- Si cobra alguna parte de su salario/ingreso en efectivo y su empleador no le proporciona una constancia por escrito ----> Responda "Sí" a la primera pregunta de la parte inferior de la sección **INGRESOS** de la página 2 del Folleto de renovación.
- Si trabaja de forma independiente -----> Copia de la declaración de impuestos más reciente y carta (firmada por usted) del ingreso actual. Si el ingreso se ha modificado, explique la razón.
- Si recibe algún beneficio por desempleo -----> Envíe una copia de la carta de adjudicación del seguro de desempleo o una impresión de internet del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (NYS Department of Labor): <https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do>

#### Beneficios por desempleo

- Carta de adjudicación/certificado
- Declaración o impresión de beneficios
- Carta del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York

#### Sustento de menores/pensión alimenticia

- Carta de la persona que proporciona el sustento o carta del tribunal
- Talón de cheque del sustento de menores/de la pensión alimenticia

#### Ingresos por alquiler o alojamiento y comidas

- Carta del inquilino, huésped o arrendatario
- Talón de cheque

#### Beneficios de veteranos de guerra

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque de beneficios
- Carta de la Administración de Veteranos (Veterans' Administration)

#### Trabajo independiente

- Declaración firmada del impuesto sobre la renta
- Registros de ganancias y gastos

#### Tipo de constancia

- Copia del último recibo de pago o carta del empleador.
- Copias de recibos de pago que abarquen las últimas cuatro semanas o carta del empleador.

Responda "Sí" a la primera pregunta de la parte inferior de la sección **INGRESOS** de la página 2 del Folleto de renovación.

Copia de la declaración de impuestos más reciente y carta (firmada por usted) del ingreso actual. Si el ingreso se ha modificado, explique la razón.

Envíe una copia de la carta de adjudicación del seguro de desempleo o una impresión de internet del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (NYS Department of Labor): <https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do>

#### Seguro Social

- Carta de adjudicación/certificado
- Cheque de beneficios
- Carta de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration)

#### Pensiones/anualidades privadas

- Estado de cuenta de la pensión/anualidad

#### Indemnización laboral

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque

#### Pago de servicio militar

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque

#### Intereses/dividendos/regalías

- Carta del banco o de la cooperativa de crédito
- Carta del corredor
- Carta del agente

### CIUDADANÍA (Si usted afirma que es ciudadano estadounidense, no es necesario que envíe una constancia en este momento. Si se necesitan los documentos, usted recibirá una carta en la que serán solicitados).

- Pasaporte estadounidense
- Certificado de ciudadanía de los EE. UU.
- Certificado de naturalización
- Certificado de nacimiento de los EE. UU. y una de las siguientes constancias de **identidad**: (1) Licencia de conducir con fotografía, u otra información que lo identifique; (2) Tarjeta de identificación escolar con fotografía; (3) Tarjeta del servicio militar de los EE. UU. o expediente de reclutamiento; (4) Tarjeta de identificación que haya emitido el gobierno federal, estatal o local con la misma información que incluye la licencia de conducir.

### ESTADO INMIGRATORIO: A continuación se detallan los documentos que emite el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (United States Citizenship & Immigration Services, USCIS)

- I-551 Tarjeta de residente permanente (Green Card)
- I-688B o I-766 Tarjeta de autorización de empleo
- I-94 Registro de entrada/salida
- I-797 (Aviso de acción) u otra correspondencia oficial para y de parte de USCIS, ICE o EIOR

### CUIDADO INFANTIL O DE UN DEPENDIENTE: Los documentos deben incluir el monto que usted paga y la frecuencia

- Carta de la guardería o de otro proveedor de cuidado infantil o para adultos
- Cheques o recibos cancelados que confirmen el pago de los servicios de cuidado

### EMBARAZO:

- Declaración del médico/profesional médico que incluya la fecha de parto esperada

### SEGURO DE SALUD PRIVADO: Los documentos deben incluir el monto que usted paga

- Póliza de seguro
- Certificado del seguro
- Tarjeta de seguro
- Otro comprobante del seguro privado

SE ACEPTAN FOTOCOPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS A EXCEPCIÓN DE LOS QUE SE REQUIEREN PARA COMPROBAR SU CIUDADANÍA O IDENTIDAD

## 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).

## TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al completar y firmar este formulario, estoy solicitando renovar la cobertura de Medicaid o del Programa de Beneficios de Planificación Familiar (Family Planning Benefit Program).

Comprendo que debo proporcionar la información necesaria para probar mi elegibilidad para cada programa. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente sobre cualquier cambio en la información incluida en este formulario. Si no puedo obtener la información, se lo informaré al distrito de servicios sociales. El distrito de servicios sociales podría ayudar a obtener la información.

Entiendo que los empleados de los programas para los que solicitamos una renovación, para mí o para los miembros de mi familia, podrían verificar la información que proporcioné en este formulario. Las agencias que administran estos programas mantendrán esta información confidencial de acuerdo con 42 U.S.C. 1396a (a) (7) y 42 CFR 431.300-431.307 y con cualquier reglamento o ley estatal y federal.

Entiendo que la cobertura de Medicaid o el Programa de Beneficios de Planificación Familiar no pagará los gastos médicos que el seguro o que otra persona deba pagar, y que otorgo a la agencia todos mis derechos de buscar y recibir apoyo médico de un cónyuge o de los padres de personas menores de 21 años, y mi derecho a buscar y recibir pagos de terceros durante todo el tiempo en que reciba los beneficios.

Presentaré cualquier reclamo por los beneficios de seguro médico o de accidente, o cualquier otro recurso al que tenga derecho. Entiendo que tengo derecho a no cooperar con el uso del seguro médico si su uso podría causar daño a mi salud o seguridad, o a la salud y seguridad de alguien de quien soy legalmente responsable.

Entiendo que mi elegibilidad para estos programas no se verá afectada por mi raza, color de piel ni nacionalidad. También comprendo que dependiendo de los requisitos de estos programas individuales, mi edad, sexo, discapacidad o condición de ciudadanía pueden ser un factor para ser o no ser elegible.

Entiendo que si mi hijo pertenece a Medicaid, puede obtener atención médica integral primaria y preventiva, incluido todo el tratamiento necesario a través del Programa de Salud del Niño y Adolescente (Child/Teen Health Program).

Entiendo que cualquier persona que mienta u oculte la verdad deliberadamente, con el fin de recibir servicios en virtud de estos programas, está cometiendo un delito y está sujeta a la imposición de sanciones federales y estatales. Además, es posible que tenga que reembolsar el monto recibido por beneficios y pagar sanciones civiles. El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York (New York State Department of Tax and Finance) tiene el derecho de revisar la información de ingresos en este formulario.

**CERTIFICACIÓN DE ESTADO DE CIUDADANÍA/INMIGRACIÓN** Certifico, bajo pena de falso testimonio, mediante mi firma en este formulario, que yo, o la persona por quien firmo, soy ciudadano de los Estados Unidos o nacido en los Estados Unidos, o tengo un estado inmigratorio satisfactorio. El término "estado inmigratorio satisfactorio" significa un estado de inmigración que hace a la persona elegible para los beneficios. **Información importante:** El Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos ha indicado que la inscripción en Medicaid NO DEBE afectar la capacidad de una persona para obtener una tarjeta de residente, convertirse en ciudadano, patrocinar a un familiar o viajar dentro y fuera del país (excepto si Medicaid paga atención a largo plazo en un lugar como un hogar de ancianos o un hospital psiquiátrico). **El Estado no transmitirá ninguna información en esta solicitud al USCIS.**

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN, por sus siglas en inglés)** Todos los solicitantes deben proporcionar un número de seguro social o una constancia de que han solicitado uno o de que han intentado solicitar uno. Las únicas excepciones son las mujeres embarazadas, los inmigrantes indocumentados y los no inmigrantes temporales que están solicitando el tratamiento de una afección médica de emergencia, y ciertos inmigrantes maltratados. No es necesario incluir los SSN de los miembros de mi grupo familiar que no estén solicitando los beneficios. Comprendo que este es un requisito que establece la Federal Law (Ley Federal) en 42 U.S.C. 1320b-7 (a) y las normativas de Medicaid en 42 CFR 435.910. Los SSN se utilizan de muchas maneras, tanto dentro del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) como entre el DSS y las agencias federales, estatales y locales, tanto de Nueva York como de otras jurisdicciones. Algunos usos de los SSN son los siguientes: comprobar la identidad, identificar y verificar los ingresos devengados y no devengados, determinar si los padres que no tienen la custodia pueden obtener cobertura de seguro médico para los solicitantes, determinar si los solicitantes pueden obtener apoyo médico y determinar si los solicitantes pueden obtener dinero u otro tipo de ayuda. Los SSN también pueden utilizarse para identificar al destinatario dentro y entre las agencias gubernamentales centrales de Medicaid a fin de garantizar que los servicios adecuados se encuentren disponibles para el destinatario.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA** Doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier información médica acerca de mi persona y de cualquier miembro de mi familia en nombre de quien pueda dar consentimiento: por parte de mi proveedor de atención primaria, cualquier otro proveedor de atención médica o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, SDOH) a mi plan de salud y a cualquier proveedor de atención médica que participe en mi atención o la de mi familia, según sea razonablemente necesario para que mi plan de salud o mis proveedores lleven a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica; por parte de mi plan de salud y cualquier proveedor de atención médica al SDOH y cualquier otra agencia federal, estatal y local autorizada, a los efectos de administración de Medicaid; y, por parte de mi plan de salud a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario, para que mi plan de salud lleve a cabo el tratamiento, el pago u otras operaciones de atención médica. Además, acepto que la información divulgada puede incluir información sobre VIH, salud mental o abuso de alcohol o sustancias relacionada conmigo y con los miembros de mi familia hasta donde lo permita la ley. Si más de un adulto en la familia se une al plan de salud de Medicaid, la firma de cada adulto que realice la solicitud es necesaria como consentimiento para divulgar la información.

**ATENCIÓN ADMINISTRADA DE MEDICAID** Si agrego a un miembro de la familia a un caso de Medicaid y vivo en un condado que requiere que los beneficiarios de Medicaid se inscriban en un plan de salud, entiendo que este miembro de la familia deberá inscribirse en el mismo plan de salud que mi familia, a menos que él o ella esté exento o excluido.

**DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES DE EDUCACIÓN** Autorizo al Departamento de Servicios Sociales local y al Estado de Nueva York a obtener cualquier información en relación con los expedientes de educación de mis hijos, aquí nombrados, necesarios para el reclamo de los reembolsos de Medicaid para los servicios educativos relacionados con la salud, y para proporcionar acceso a la agencia gubernamental federal adecuada a esta información con el propósito exclusivo de auditoría.

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA** Si se evalúa a mi hijo o él participa en el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York (New York State Early Intervention Program), autorizo al Departamento de Servicios Sociales local y al Estado de Nueva York para que compartan la información de elegibilidad de Medicaid de mi hijo con el Programa de Intervención Temprana de mi condado, con el propósito de facturar a Medicaid. Otorgo mi autorización para que se comparta esta información con cualquier centro de salud que funcione en una escuela que preste servicios a los solicitantes.



**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.

## AVISO DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE QUÉ MANERA USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO ATENTAMENTE.**

**El programa Medicaid de Nueva York debe indicarle cómo usamos, divulgamos y protegemos su información médica. El programa Medicaid de Nueva York incluye el plan común de Medicaid y el plan de Atención Administrada de Medicaid. El programa está administrado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health) y los departamentos locales de servicios sociales (Local Departments of Social Services).**

### **Su información médica es confidencial.**

Tenemos la obligación de mantener la confidencialidad de su información, divulgar su información solo cuando sea necesario y respetar las prácticas de privacidad descritas en este aviso. Debemos tomar medidas especiales para proteger los nombres de las personas que reciben tratamiento para el VIH/SIDA (HIV/AIDS) o para el consumo de alcohol y drogas.

### **¿Qué información médica tiene el programa Medicaid de Nueva York?**

Es posible que, cuando solicitó Medicaid, nos haya proporcionado información sobre su salud. Cuando sus médicos, clínicas, hospitales, planes de atención administrada y otros proveedores de atención médica envían reclamos de pago, nosotros también obtenemos información sobre su salud, sus tratamientos y sus medicamentos.

### **¿Cómo usa y divulga su información médica el programa Medicaid de Nueva York?**

Debemos divulgar su información médica en los siguientes casos:

- **Usted o su representante solicitan acceder a la información.**
- **Las agencias gubernamentales solicitan la información según lo permitido por la ley, como en el caso de las auditorías.**
- **La ley nos exige que divulguemos su información.**

En su solicitud de Medicaid, usted le otorgó al programa Medicaid de Nueva York el derecho a usar y divulgar su información médica para poder pagar su atención médica y operar el programa. Por ejemplo, usamos y divulgamos su información para lo siguiente:

- **Pagar las facturas emitidas por su médico, hospital o proveedor de atención médica.**
- **Garantizar que reciba atención médica de calidad y que se haya cumplido con todas las normas y leyes.**

Es posible que revisemos su información médica para lo siguiente:

- **Determinar si recibió el procedimiento médico adecuado o el equipo de atención médica correcto.**
- **Informarle sobre cambios importantes en sus beneficios de salud.**
- **Garantizar que esté inscrito en el programa de salud correcto.**
- **Cobrar los pagos de otras compañías de seguro.**
- **Determinar la elegibilidad para la Parte D de Medicare u otros programas de seguro que puedan ser más económicos para usted.**

Además, podemos usar y divulgar su información médica en circunstancias limitadas para lo siguiente:

- **Estudiar la atención médica.** Podemos consultar la información médica de muchos consumidores para encontrar formas de brindar una mejor atención médica.
- **Prevenir o solucionar problemas graves de salud o seguridad suyos o de su comunidad según lo permitido por la ley federal y estatal.**

Se requiere su autorización por escrito para otros usos y divulgaciones:

- **Notas de psicoterapia.**
- **Usos y divulgaciones de información médica protegida con fines de comercialización, incluidas las comunicaciones de tratamientos subsidiados.**
- **Divulgaciones que constituyen una venta de su información médica protegida.**

Debemos tener su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica para cualquier otro propósito que no se mencione en este aviso, a menos que debamos hacerlo conforme a las leyes que nos rigen.

### ¿Cuáles son sus derechos?

Usted o sus representantes tienen derecho a lo siguiente:

- Recibir una copia impresa de este aviso.
- Consultar su información médica o recibir una copia de esta. Si su solicitud es denegada, tiene derecho a revisar la denegación.
- Solicitar que se modifique su información médica. Analizaremos todas las solicitudes, pero no podremos modificar las facturas enviadas por su médico, clínica, hospital u otro proveedor de atención médica.
- Solicitar que se limite el modo en que usamos y divulgamos su información. Analizaremos todas las solicitudes, pero no tenemos la obligación de aceptar lo que solicita, a menos que la ley nos exija hacerlo.
- Solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con la información sobre su atención médica de diferentes formas (por ejemplo, puede solicitar que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente).
- Solicitar formularios especiales que puede firmar para autorizarnos a divulgar su información médica a cualquier persona o entidad que usted elija. Puede retirar la autorización en cualquier momento, siempre y cuando la información todavía no se haya divulgado.
- Obtener una lista de las personas que recibieron su información médica. Esta lista no incluirá la información médica que solicitaron usted o su representante, la información que se utilizó para operar el programa Medicaid de Nueva York ni la información que se divulgó para fines del cumplimiento de la ley.
- Recibir notificación si se produce una violación de su información médica protegida sin garantías.

Visite el sitio web de la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Human Resources Administration) para obtener una copia electrónica de este aviso ([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)). También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York para consultar una versión alternativa ([https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/noticepriveng.htm)).

**\*Usted no será sancionado por presentar una queja. Si modificamos la información incluida en este aviso, publicaremos la versión modificada en nuestro sitio web:**

([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))

**¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica?** ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? **Nosotros podemos prestarle ayuda.** Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.