

GUIDE TO COMPLETE YOUR MEDICAID RENEWAL FORMS

آپ کے MEDICAID کی تجدید کے فارموں کو مکمل کرنے کے لیے رہنما



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.

آپ کے MEDICAID کی تجدید میں اعانت/مفت ترجمانی کی خدمات

یہ کتابچہ آپ کی تجدید مکمل کرنے میں آپ کی مدد کرے گا۔ ہم نے انگریزی اور ایک ترجمہ شدہ ورژن شامل کر دیا ہے۔ **صرف** ایک کو واپس بھیجیں۔ آپ کی تجدید میں مدد کے لیے، HRA Medicaid ہیلپ لائن کو 1-888-692-6116 پر کال کریں یا اس کتابچہ کے صفحہ 4 پر مندرج منضبط نگہداشت کے منصوبے (Managed Care Plans) سے رابطہ کریں۔ سماعتی نقص والے صارفین 711 یا 1-718-636-7783 پر ٹیکسٹ ٹیلیفون (Text Telephone, TTY) ڈیوائس (نہ کہ معیاری فون) سے کال کر سکتے ہیں۔

فون پر یا Medicaid کے کسی بھی دفتر میں مفت ترجمانی کی خدمات دستیاب ہیں۔

Remainder of page left blank intentionally

صفحہ کا باقی حصہ جان بوجھ کر خالی چھوڑا گیا ہے

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.

میل سے تجدید میں تبدیلیاں

اگر آپ کے تجدید فارموں کے بارے میں آپ کا کوئی سوال ہو تو آپ HRA Medicaid ہیلپ لائن کو 1-888-692-6116 پر کال کرتے رہ سکتے ہیں۔ آپ اعانت کے لیے منسلک آپ کے MEDICAID کی تجدید کے فارموں کو مکمل کرنے کے لیے رہنما کے صفحہ 4 پر مندرج منضبط نگہداشت کے منصوبوں سے بھی رابطہ کر سکتے ہیں۔

یہ صرف تجدید کی درخواست ہے جو آپ کو خود بخود بھیجی جائے گی۔ جب تک آپ اسے واپس ہمارے پاس بھیجنے کو تیار نہ ہوں تک براہ کرم اسے محفوظ جگہ پر رکھیں۔ ہمیں آپ کا جواب ڈاک سے درخواست کے صفحہ 1 پر پرنٹ تاریخ تک موصول ہو جانا ضروری ہے، ورنہ آپ کا کوریج ختم ہو سکتا ہے۔

آپ ایکسیس NYC (Access NYC) کی سائٹس پر اضافی فوائد کے لیے اب بھی پیشگی اسکریننگ کروا سکتے ہیں۔ <http://www1.nyc.gov> پر جا کر اور صفحہ کے نچلے حصے میں واقع مینو سے سماجی خدمات (Social Services) کو منتخب کر کے اس تک رسائی حاصل کی جا سکتی ہے۔ یہ سائٹ محفوظ، مامون اور استعمال کرنے میں آسان ہے۔

نوٹ:

- آپ کو اس وقت امریکی شہریت کا ثبوت بھیجنے کی ضرورت نہیں ہے۔ آپ کو آمدنی کا ثبوت تب تک بھیجنے کی ضرورت نہیں ہے جب تک تجدید فارم میں آپ کو ایسا کرنے کی ہدایت نہ ہو۔
- اگر آپ چاہیں تو، آپ یہ یقینی بنانے میں مدد کے لیے دونوں میں سے ایک یا دونوں کو بھیج سکتے ہیں کہ ہمارے پاس آپ کی بالکل درست معلومات موجود ہے۔
- اگر آپ ابھی ثبوت نہیں بھیجنے کا فیصلہ کرتے ہیں تو ہم یہ درخواست کرنے کے لیے آپ کو لکھ سکتے ہیں کہ آپ بعد میں یہ کام کریں۔ اس کتابچہ کے صفحہ 5 اور 6 پر موجود "دستاویزی شہادت کا رہنما" (Documentation Guide) ثبوت کی وہ قسمیں دکھاتا ہے جو ہم قبول کرتے ہیں۔
- اگر آپ ہمیں یہ بتاتے ہیں کہ آپ امریکی شہری ہیں تو ہم کمپیوٹر کی مماثلت کا استعمال کر کے شہریت کی تصدیق کرنے کی کوشش کریں گے۔ اگر ہم ایسا کرنے سے قاصر ہوں گے تو ہم آپ کو یہ بتانے کے لیے خط لکھیں گے اور آپ سے ہمیں ثبوت بھیجنے کی درخواست کریں گے۔
- ہم کمپیوٹر کی مماثلت کا استعمال کر کے آپ کی آمدنی کی بھی تصدیق کرنے کی کوشش کریں گے۔ اگر مماثلت کے نتائج آپ کی از خود رپورٹ کردہ معلومات سے مختلف ہوں تو آپ کی اہلیت کا تعین کرتے وقت مماثلت کے نتائج کو استعمال کیا جا سکتا ہے۔
- اگر آپ ابھی ثبوت نہیں بھیجنے کا فیصلہ کرتے ہیں تو ہم یہ درخواست کرنے کے لیے آپ کو لکھ سکتے ہیں کہ آپ بعد میں یہ کام کریں۔ اس کتابچہ کے صفحہ 5 اور 6 پر موجود "دستاویزی شہادت کا رہنما" (Documentation Guide) ثبوت کی وہ قسمیں دکھاتا ہے جو ہم قبول کرتے ہیں۔
- اگر آپ حال ہی میں نیو یارک سٹی سے نیو یارک اسٹیٹ میں ہی دوسری کاؤنٹی میں منتقل ہو گئے ہیں لیکن ابھی آپ جہاں رہتے ہیں وہاں پر عوامی صحت بیمہ کا کیس ابھی تک نہیں کھلا ہے تو آپ کو یہ تجدید فارم مکمل کر کے اسے ہمارے پاس واپس بھیجنا چاہیے۔ آپ کا کوریج منتقل کرنے میں ہم آپ کی اعانت کریں گے۔

MEDICAID میں شرکت کرنے والے منضبط نگہداشت کے منصوبے

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

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

DOCUMENTATION GUIDE TO CONTINUE YOUR HEALTH CARE COVERAGE

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

INCOME:

Wages and Salary/Employment

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

Work Income

- If salary stays the same----->
- If salary changes from pay period to pay period ----->
- If any part of your salary/income is paid in cash and your employer will not provide written proof ----->
- If self-employed ----->
- If receiving unemployment benefits ----->

Self Employment

- Signed income tax return
- Records of earnings and expenses

Type of Proof

Copy of last pay stub or letter from employer.
Copies pay stubs covering last 4 weeks or letter from employer.
Answer "Yes" to the first question at the bottom of the **INCOME** section of Page 2 of Renewal Booklet

Copy of most recent tax return and letter (signed by you) of current income. If income has changed, explain why.

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>

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

یہ ان ٹیوتوں کی فہرست ہے جسے طبی اعانت پروگرامز قبول کرتے ہیں۔ براہ کرم تجدید کی اطلاع کے کتابچہ کے سر ورق پر موجود ہدایات کے ساتھ یہ رہنما استعمال کر کے تعین کریں کہ نگہداشت صحت کا کوریج جاری رکھنے کے لیے آپ کو کون سی دستاویزات فراہم کرنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

آمدنی:

اجرتیں اور تنخواہ/ملازمت

- موجودہ ادائیگی کے چیک/پرچی (پرچیاں) یا بے رول کے ریکارڈز
- آجر کی جانب سے تفصیلی تحریری گوشوارہ
- W-2 (صرف MBI-WPD صارفین)
- انکم ٹیکس ریٹرن (صرف MBI-WPD صارفین)

خود کا روزگار

- دستخط کردہ انکم ٹیکس ریٹرن
- کمائی اور اخراجات کے ریکارڈز

کام سے آمدنی

- اگر تنخواہ جوں کی توں رہتی ہے ----->
- اگر تنخواہ ادائیگی کی ایک مدت سے دوسری مدت تک تبدیل ہوتی ہے ----->
- اگر آپ کی تنخواہ/آمدنی کا کوئی حصہ نقد ادا کیا جاتا ہے اور آپ کا آجر تحریری ثبوت فراہم نہیں کرے گا ----->
- اگر خود کا روزگار ہے ----->
- اگر بے روزگار کے فوائد مل رہے ہیں ----->

ثبوت کی قسم

- پچھلی ادائیگی کی پرچی کی کاپی یا آجر کی جانب سے خط
- پچھلے 4 ہفتوں پر محیط ادائیگی کی پرچیوں کی کاپیاں یا آجر کی جانب سے خط
- تجدید کے کتابچہ کے صفحہ 2 کے آمدنی والے سیکشن کے نچلے حصے میں پہلے سوال کا جواب "ہاں" میں دیں
- بالکل تازہ ترین ٹیکس ریٹرن کی کاپی اور حالیہ آمدنی کا خط (آپ کا دستخط کردہ)۔ اگر آمدنی تبدیل ہو گئی ہے تو، وجہ بیان کریں۔
- بے روزگاری بیمہ کی منظوری کے خط کی کاپی یا NYS کی وزارت محنت (NYS Department of Labor) سے انٹرنیٹ پرنٹ آؤٹ بھیجیں: <https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do>

بے روزگاری کے فوائد

(Unemployment Benefits)

- منظوری کا خط/سرٹیفکیٹ
- فائدے کا گوشوارہ یا پرنٹ آؤٹ
- NYS وزارت محنت کا خط

سوشل سیکیورٹی

- منظوری کا خط/سرٹیفکیٹ
- فائدے کا چیک
- سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن (Social Security Administration) کی جانب سے خط

نجی پنشن/سالیانے

- پنشن/سالیانہ کی جانب سے بیان

امداد اطفال/نفقہ

- امداد فراہم کرنے والے شخص کا خط یا عدالت کا خط
- امداد اطفال/نفقہ کے چیک کی پرچی

(Worker's Compensation)

- منظوری کا خط
- چیک کی پرچی

ملٹری کی ادائیگی

- منظوری کا خط
- چیک کی پرچی

سود/منافع/رائٹیز

- بینک یا کریڈٹ یونین کی طرف سے خط
- بروکر کی جانب سے خط
- ایجنٹ کی جانب سے خط

کرایہ یا روم/بورڈ سے ہونے والی آمدنی

- رومر، بورڈر، کرایہ دار کی جانب سے خط
- چیک کی پرچی
- سابق فوجی کے فوائد
- منظوری کا خط
- فائدے کے چیک کی پرچی
- سابق فوجیوں کی انتظامیہ
- (Veterans' Administration, VA) کا خط

شہریت (اگر آپ امریکی شہری ہونے کا اعلان کر رہے ہیں تو آپ کو اس وقت ثبوت بھیجنے کی ضرورت نہیں ہے۔ اگر دستاویزات مطلوب ہوں تو آپ کو ان کی درخواست پر مشتمل ایک خط موصول ہوگا۔)

امریکی پاسپورٹ

- امریکی شہریت کی سند

- وطن گیری کی سند

امریکی سند ولادت اور شناخت کے درج ذیل ٹیوتوں میں سے ایک: (1) ڈرائیونگ لائسنس مع تصویر یا دیگر نشاندہی کرنے والی معلومات (2) اسکول کا شناختی کارڈ مع تصویر، (3) امریکی ملٹری کارڈ یا مسودہ کا ریکارڈ، (4) وفاقی، ریاستی یا مقامی حکومت کا جاری کردہ ID کارڈ جس پر وہی معلومات ہو جو ڈرائیونگ لائسنس پر ہو۔

ترک وطنی کی حیثیت: ریاستہائے متحدہ کی شہریت اور ترک وطنی کی خدمات (United States Citizenship & Immigration Services, USCIS) کی جاری کردہ دستاویزات درج ذیل ہیں

- I-551 مستقل رہائشی کارڈ (گرین کارڈ)
- I-688B یا I-766 ملازمت کی اجازت دہنگی کا کارڈ
- I-94 آمد/روانگی کا ریکارڈ
- I-797 (کارروائی کا نوٹس) یا USCIS, ICE یا EIOR کے نام یا اس کی جانب سے دیگر باضابطہ مراسلت

نگہداشت طفل/زیر کفالت فرد کی نگہداشت: دستاویزات میں رقم اور جتنی بار آپ ادائیگی کرتے ہیں اس کی تعداد شامل ہونا ضروری ہے

- یومیہ نگہداشت مرکز یا دیگر نگہداشت طفل/بالغان فراہم کنندہ کی جانب سے خط
- منسوخ کردہ چیکس یا رسیدیں جو نگہداشت کی خدمات کی ادائیگی کو ثابت کریں

حمل:

- ڈاکٹر/طبی پیشہ ور فرد کی جانب سے خط مع متوقع تاریخ ولادت

نجی صحت بیمہ: دستاویزات میں وہ رقم شامل ہونا ضروری ہے جو آپ ادا کرتے ہیں

- بیمہ پالیسی
- بیمہ کی سند
- بیمہ کارڈ
- نجی بیمہ کا دیگر ثبوت

ہم آپ کی شہریت یا شناخت کو ثابت کرنے کے لیے مطلوب دستاویزات کے علاوہ ساری دستاویزات کی فوٹو کاپیاں قبول کرتے ہیں۔

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).

شرائط، حقوق اور ذمہ داریاں

اس فارم کو مکمل اور اس پر دستخط کر کے، میں Medicaid اور/یا خاندانی منصوبہ بندی کے فائدہ والے پروگرام (Family Planning Benefit Program) کے کوریج کی تجدید کے لیے درخواست دے رہا ہوں۔

میں سمجھتا ہوں کہ مجھے ہر پروگرام کے لیے اپنی اہلیت کو ثابت کرنے کے لیے درکار معلومات فراہم کرنا ضروری ہے۔ میں اس فارم پر درج معلومات میں کوئی بھی تبدیلی ہونے پر فوری طور پر اس کی اطلاع دینے پر متفق ہوں۔ اگر میں معلومات حاصل کرنے سے قاصر ہوں تو میں سوشل سروسز ڈسٹرکٹ کو بتا دوں گا۔ سوشل سروسز ڈسٹرکٹ معلومات حاصل کرنے میں مدد کر سکے گا۔

میں سمجھتا ہوں کہ جن پروگراموں کے لیے میں یا خاندان کے افراد تجدید کروا رہے ہیں اس پروگرام سے تعلق رکھنے والے کارکنان اس فارم پر میری بیان کردہ معلومات کو چیک کر سکتے ہیں۔ ان پروگراموں کو چلانے والی ایجنسیاں اس معلومات کو (7) 42 U.S.C. 1396a اور 42 CFR 431.300-431.307 اور کسی وفاقی اور ریاستی قوانین اور ضوابط کے تحت خفیہ رکھیں گی۔

میں سمجھتا ہوں کہ Medicaid اور/یا خاندانی منصوبہ بندی کے فائدہ والے پروگرام کا کوریج ان طبی اخراجات کی ادائیگی نہیں کرے گا جو بیمہ یا دیگر فرد کے ذریعہ ادا کرنے کا گمان کیا جاتا ہے اور یہ کہ میں ایجنسی کو 21 سال سے کم عمر کے افراد کے/کی شریک حیات یا والدین کی جانب سے طبی تعاون حاصل یا موصول کرنے اور جتنی مدت تک مجھے فوائد موصول ہوں گے اس پوری مدت کے لیے تیسرے فریق کی ادائیگیاں حاصل اور موصول کرنے کے اپنے تمام حقوق دیتا ہوں۔

میں جس صحت یا حادثہ بیمہ کے فوائد یا جن کسی دیگر وسائل کا میں مستحق ہوں ان کے لیے اپنا دعویٰ دائر کروں گا۔ میں سمجھتا ہوں کہ مجھے صحت بیمہ کا استعمال کرنے میں تعاون نہیں کرنے کی معقول وجہ کا دعویٰ کرنے کا حق ہے اگر اس کے استعمال سے میری صحت یا سلامتی کو یا قانونی طور پر میں جس شخص کا ذمہ دار ہوں اس کی صحت و سلامتی کو مضرت لاحق ہو سکتی ہو۔

میں سمجھتا ہوں کہ ان پروگراموں کے لیے میری اہلیت میری نسل، رنگ یا قومی بنیاد کی وجہ سے متاثر نہیں ہوگی۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ ان انفرادی پروگراموں کے تقاضوں کے لحاظ سے، میری عمر، جنس، معذوری یا شہریت کی حیثیت اس ضمن میں ایک عامل ہو سکتی ہے کہ آیا میں اہل ہوں یا نہیں۔

میں سمجھتا ہوں کہ اگر میرا بچہ یا بچی Medicaid پر ہے تو اسے بچے/نوعمر کی صحت پروگرام (Child/Teen Health Program) کے توسط سے جامع ابتدائی اور تدارکی نگہداشت، بشمول سبھی لازمی معالجہ موصول ہو سکتا ہے۔

میں سمجھتا ہوں کہ ان پروگراموں کے تحت خدمات حاصل کرنے کے لیے جو بھی شخص جان بوجھ کر جھوٹ بولتا یا حقیقت کو چھپاتا ہے وہ جرم کا ارتکاب کر رہا ہے اور وہ وفاقی و ریاستی برجانوں کا مستوجب ہو سکتا ہے اور اسے موصولہ فوائد کی رقم واپس ادا کرنا اور دیوانی برجانے ادا کرنے پڑ سکتے ہیں۔ نیو یارک ڈیپارٹمنٹ آف ٹیکس اینڈ فنانانس (Department of Tax and Finance) کو اس فارم پر درج آمدنی کی معلومات کا جائزہ لینے کا حق ہے۔

شہریت/ترک وطنی کی حیثیت کی تصدیق میں برجانہ دروغ حلفی کے تحت اس فارم پر اپنے نام کا دستخط کر کے تصدیق کرتا ہوں کہ میں اور/یا جس شخص کے لیے میں دستخط کر رہا ہوں وہ ایک امریکی شہری یا ریاستہائے متحدہ کا باشندہ ہے یا وہ ترک وطنی کی اطمینان بخش حیثیت کا حامل ہے۔ "ترک وطنی کی اطمینان بخش حیثیت" کی اصطلاح کا مطلب ہے ترک وطنی کی وہ حیثیت جو اس شخص کو فوائد کے لیے نا اہل قرار نہیں دیتی ہے۔ **ایم معلومات:** ریاستہائے متحدہ کی شہریت اور ترک وطن کی خدمات (Citizenship and Immigration Services, USCIS) کا کہنا ہے کہ Medicaid میں اندراج سے گرین کارڈ حاصل کرنے، شہری، خاندان کے کس فرد کا کفیل بننے یا ملک کے اندر یا اس سے باہر سفر کرنے کی کسی شخص کی اہلیت متاثر نہیں ہو سکتی ہے (سوائے اس صورت کے جب Medicaid نرسنگ ہوم یا نفسیاتی ہسپتال جیسی جگہ میں طویل مدتی نگہداشت کے لیے ادائیگی کر رہا ہو)۔ ریاست ہذا اس درخواست پر درج کسی بھی معلومات کی رپورٹ USCIS کو کرے گی۔

سوشل سیکیورٹی نمبر سبھی درخواست دہندگان کو ایک سوشل سیکیورٹی نمبر یا اس امر کا ثبوت فراہم کرنا ضروری ہے کہ انہوں نے ایک کے لیے درخواست دی ہے یا درخواست دینے کی کوشش کی ہے۔ واحد استثناء ان حاملہ خواتین، غیر دستاویز بند تارکین وطن اور عارضی غیر تارک وطن کو جو کسی ہنگامی طبی کیفیت کے علاج کے لیے درخواست دے رہے ہیں اور بعض پریشان حال تارکین وطن کو حاصل ہے۔ SSNs میرے گھرانے کے ان افراد کے لیے مطلوب نہیں ہیں جو فوائد کے لیے درخواست نہیں دے رہے ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اس کا مطالبہ (a) 42 U.S.C. 1320b-7 اور 42 CFR 435.910 میں درج وفاقی قانون اور Medicaid کے ضوابط کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔ SSNs کا استعمال بہت سارے طریقوں سے، محکمہ برائے سماجی خدمات (Department of Social Services, DSS) کے اندر اور DSS اور وفاقی، ریاستی اور مقامی ایجنسیوں کے بیچ نیو یارک میں بھی اور دیگر عملداریوں میں بھی کیا جاتا ہے۔ SSNs کے کچھ استعمال ہوں ہیں: شناخت چیک کرنا، کماٹی ہونی اور غیر کماٹی ہونی آمدنی کی نشاندہی اور تصدیق کرنا، یہ پتہ لگانا کہ آیا تولیتی والدین کو درخواست دہندگان کے لیے صحت بیمہ کوریج مل سکتا ہے، یہ پتہ لگانا کہ آیا درخواست دہندگان کو طبی تعاون مل سکتا ہے اور یہ پتہ لگانا کہ آیا درخواست دہندگان کو رقم یا دیگر مدد مل سکتی ہے۔ SSNs کا استعمال مرکزی حکومت کی Medicaid ایجنسیوں کے اندر اور ان کے بیچ وصول کنندگان کی شناخت کے لیے بھی استعمال کیا جا سکتا ہے تاکہ وصول کنندہ کے لیے باقاعدہ خدمات دستیاب ہونے کو یقینی بنایا جائے۔

طبی معلومات کا اجراء میں اپنے بارے میں اور اپنے خاندان کے دیگر ایسے ممبروں کے بارے میں جن کے لیے میں منظوری دے سکتا ہوں کسی بھی طبی معلومات کے اجراء کی منظوری دیتا ہوں؛ میرے ابتدائی نگہداشت صحت فراہم کنندہ یا کسی دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندہ یا نیو یارک کے ریاستی محکمہ صحت (State Department of Health, SDOH) کے ذریعہ میری نگہداشت کے منصوبے یا میری یا میرے خاندان کی نگہداشت میں شامل کسی نگہداشت صحت فراہم کنندہ کو، معالجہ، ادائیگی یا نگہداشت صحت کے اعمال انجام دینے کے لیے میرے صحت منصوبے یا میرے فراہم کنندگان کے لیے معقول طور پر لازمی ہونے کی حد تک؛ میرے صحت منصوبے یا دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان کے ذریعہ SDOH اور دیگر مجاز وفاقی، ریاستی اور مقامی ایجنسیوں کو Medicaid کے نظم و نسق کے مقاصد کے لیے؛ اور میرے صحت منصوبے کے ذریعہ دیگر اشخاص یا تنظیموں کو معالجہ، ادائیگی یا نگہداشت صحت کے اعمال انجام دینے کے لیے میرے صحت منصوبے کے لیے معقول طور پر لازمی ہونے کی حد تک۔ میں اس امر پر بھی متفق ہوں کہ جاری کردہ معلومات میں میرے اور میرے خاندان کے افراد کے بارے میں قانون کے ذریعہ اجازت یافتہ حد تک، HIV، ذہنی صحت یا الکحل اور ممنوعہ اشیاء کے بیجا استعمال سے متعلق معلومات شامل ہو سکتی ہے۔ اگر میرے خاندان میں ایک سے زیادہ بالغ افراد Medicaid صحت منصوبے میں شرکت کر رہے ہیں تو معلومات کے اجراء کی منظوری کے لیے درخواست دینے والے ہر بالغ فرد کا دستخط ضروری ہے۔

MEDICAID کی منضبط نگہداشت اگر میں خاندان کے کسی فرد کو Medicaid کیس میں شامل کر رہا ہوں اور میں ایسی کاؤتھی میں رہتا ہوں جو Medicaid کے وصول کنندگان سے صحت منصوبے میں شامل ہونے کا تقاضہ کرتا ہے تو میں سمجھتا ہوں کہ خاندان کے اس فرد کا اندراج اسی صحت منصوبے میں کیا جائے گا جس میں میرے خاندان کا اندراج ہے الّا یہ کہ وہ مستثنیٰ ہو یا اسے خارج قرار دیا گیا ہو۔

تعلیمی ریکارڈوں کا اجراء میں مقامی محکمہ برائے سماجی خدمات اور نیو یارک اسٹیٹ کو بہاں پر نامزد میرے بچے (بچوں) کے تعلیمی ریکارڈوں کے سلسلے میں کوئی بھی ایسی معلومات حاصل کرنے کی، جو صحت سے متعلقہ تعلیمی خدمات کے مدنظر Medicaid کی باز ادائیگیوں کا دعویٰ کرنے کے لیے ضروری ہو، اور کسی بھی مناسب وفاقی سرکاری ایجنسی کو فقط آڈٹ کے مقصد سے اس معلومات تک رسائی حاصل کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔

ابتدائی مداخلتی پروگرام (EARLY INTERVENTION PROGRAM) اگر نیو یارک اسٹیٹ کے ابتدائی مداخلتی پروگرام میں شرکت کرنے کے لیے میرے بچے کی قدر پیمائی کی جاتی ہے تو میں مقامی محکمہ برائے سماجی خدمات اور نیو یارک اسٹیٹ کو Medicaid کی بلنگ کے مقصد سے میری کاؤتھی کے ابتدائی مداخلتی پروگرام کے ساتھ میرے بچے کی Medicaid کی اہلیت کی معلومات کا اشتراک کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اسکول پر مبنی اس صحت مرکز کے ساتھ اس معلومات کا اشتراک کرنے کی اجازت دیتا ہوں جو درخواست دہندہ (دہندگان) کو خدمات فراہم کرتا ہے۔

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.

یہ نوٹس بتاتا ہے کہ آپ کے بارے میں طبی معلومات کا استعمال اور افشاء کس طرح کیا جا سکتا ہے اور ہم اس معلومات تک کس طرح رسائی حاصل کر سکتے ہیں۔
اس کا بغور جائزہ لیں۔

نیو یارک Medicaid پروگرام کے لیے آپ کو یہ بتانا ضروری ہے کہ ہم آپ کی معلومات صحت کا استعمال، اشتراک اور تحفظ کس طرح کرتے ہیں۔ نیو یارک Medicaid پروگرام میں مستقل Medicaid پروگرام اور Medicaid کا منضبط نگہداشت شامل ہے۔ اس پروگرام کا بندوبست نیو یارک اسٹیٹ کے محکمہ صحت (New York State Department of Health) اور مقامی محکمہ برائے صحت خدمات (Local Departments of Social Services) کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔

آپ کی صحت کی معلومات نجی ہے۔

ہم سے آپ کی معلومات کو نجی رکھنے، صرف ہمیں درکار ہونے پر ہی معلومات کا اشتراک کرنے اور اس نوٹس میں مذکور رازداری کے طرز عمل کی پیروی کرنے کا تقاضہ کیا جاتا ہے۔ ہمیں ایچ آئی وی/ایڈز (HIV/AIDS) یا منشیات اور الکحل سے متعلق خدمات حاصل کرنے والے افراد کے ناموں کا تحفظ کرنے کے لیے خصوصی کوششیں کرنا ضروری ہے۔

نیو یارک Medicaid پروگرام آپ کی کون سی معلومات صحت رکھتا ہے؟

Medicaid کے لیے آپ کے درخواست دیتے وقت، ممکن ہے آپ نے ہمیں اپنی صحت کے بارے میں معلومات فراہم کی ہو۔ جب آپ کے ڈاکٹرز، کلینکس، ہسپتال، منضبط نگہداشت کے منصوبے اور دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندگان ادائیگی کے لیے دعوے بھیجتے ہیں تب ہم آپ کی صحت، معالجات اور دواؤں کے بارے میں بھی معلومات حاصل کرتے ہیں۔

نیو یارک Medicaid پروگرام آپ کی معلومات صحت کا استعمال اور اشتراک کس طرح کرتا ہے؟

ہمیں آپ کی معلومات صحت کا اشتراک کرنا ضروری ہے جب:

- آپ یا آپ کا نمائندہ آپ کی معلومات صحت کی درخواست کرے۔
- سرکاری ایجنسیاں آڈٹس جیسے قانون کے ذریعہ اجازت یافتہ ہونے پر معلومات کی درخواست کریں۔
- قانون ہم سے آپ کی معلومات کا اشتراک کرنے کا تقاضہ کرے۔

Medicaid کی آپ کی درخواست میں، آپ نے نیو یارک Medicaid پروگرام کو اپنی نگہداشت صحت کے لیے ادائیگی کرنے اور پروگرام کو چلانے کے لیے اپنی معلومات صحت کا استعمال اور اشتراک کرنے کا حق دیا۔ مثال کے طور پر، ہم آپ کی معلومات کا استعمال اور اشتراک کرتے ہیں تاکہ:

- آپ کے ڈاکٹر، ہسپتال اور/یا نگہداشت صحت فراہم کنندہ کے بلوں کی ادائیگی کی جائے
- یہ یقینی بنایا جائے کہ آپ کو معیاری نگہداشت صحت موصول ہوتی ہے اور یہ کہ اصول اور قوانین پر عمل کیا جاتا ہے۔ ہم آپ کی معلومات صحت کا جائزہ لے سکتے ہیں تاکہ:
- یہ تعین کیا جائے کہ آیا آپ کو درست طبی طریقہ کار یا نگہداشت صحت کے آلات موصول ہوئے۔
- آپ کی صحت کے فوائد میں ہونی اہم تبدیلیوں کے بارے میں آپ سے رابطہ کیا جائے۔
- یہ یقینی بنایا جائے کہ آپ درست صحت پروگرام میں مندرج ہیں۔
- دیگر بیمہ کمپنیوں سے ادائیگی وصول کی جائے۔
- Medicare حصہ D یا ان دیگر بیمہ پروگراموں میں اہلیت کا تعین کیا جائے جو آپ کے لیے زیادہ کفایتی ہو سکتے ہیں۔

ہم آپ کی معلومات صحت کا استعمال اور اشتراک محدود حالات میں کر سکتے ہیں تاکہ:

- نگہداشت صحت کا مطالعہ کیا جائے۔ ہم بہتر نگہداشت صحت فراہم کرنے کے طریقے تلاش کرنے کے لیے بہت سارے صارفین کی معلومات صحت پر نگاہ ڈال سکتے ہیں۔
- وفاقی اور ریاستی قانون کی اجازت کے مطابق آپ اور آپ کی کمیونٹی کے لیے صحت یا سلامتی کے سنگین مسائل کو روکا یا ان پر جوابی اقدام کیا جائے۔

دیگر استعمال اور افشاء کے لیے آپ کا تحریری اجازت نامہ مطلوب ہے:

- سائیکو تھیراپی نوٹس
- مارکیٹنگ بشمول مراعات یافتہ معالجہ سے متعلق مواصلات کے مقاصد کے لیے تحفظ یافتہ معلومات صحت کا استعمال اور افشاء
- ایسے افشاء جن سے آپ کی تحفظ یافتہ معلومات صحت کی فروخت لازم آتی ہو۔

کسی بھی ایسے مقصد کے لیے جو اس نوٹس میں مذکور نہیں ہے آپ کی معلومات صحت کے استعمال اور اشتراک کے لیے ہمارے پاس آپ کی تحریری اجازت ہونا ضروری ہے الا یہ کہ ہم پر لاگو ہونے والے قوانین کے ذریعہ ہم سے ایسا کرنے کا تقاضہ کیا جائے۔

آپ کے حقوق کیا ہیں؟

آپ یا آپ کے نمائندے کو حق ہے کہ:

- اس نوٹس کی ایک کاغذی کاپی حاصل کریں۔
- اپنی معلومات صحت کو دیکھیں یا اس کی کاپی حاصل کریں۔ اگر آپ کی درخواست مسترد کر دی جاتی ہے تو آپ کو انکار کا تجزیہ کروانے کا حق ہے۔
- اپنی معلومات صحت تبدیل کرنے کی گزارش کریں۔ ہم سبھی درخواستوں پر نگاہ ڈالیں گے لیکن آپ کے ڈاکٹر، کلینک، ہسپتال یا دیگر نگہداشت صحت فراہم کنندہ کے ارسال کردہ بلوں کو تبدیل نہیں کر سکتے۔
- ہم آپ کی معلومات کا جس طریقے سے استعمال اور اشتراک کرتے ہیں اسے محدود کریں۔ ہم سبھی درخواستوں پر نگاہ ڈالیں گے لیکن آپ جو گزارش کرتے ہیں اسے اتفاق کرنا ضروری نہیں ہے سوائے اس کے جہاں قانون کی رو سے اس طرح کا افشاء کرنے کا تقاضہ کیا جائے۔
- مختلف طریقوں سے آپ کی نگہداشت صحت کے سلسلے میں آپ سے رابطہ کرنے کی گزارش کریں (مثال کے طور پر، آپ اپنی ڈاک ہم سے کسی مختلف پتے پر بھیجنے کی گزارش کر سکتے ہیں)۔
- اپنی پسند کے مطابق جن افراد کے ساتھ اپنی معلومات صحت کا اشتراک کرنے کی ہمیں اجازت دیتے ہوئے آپ جن خصوصی فارموں پر دستخط کرتے ہیں انہیں طلب کریں۔ آپ کسی بھی وقت اپنی اجازت واپس لے سکتے ہیں، تاوقتیکہ ازیں قبل معلومات کا اشتراک نہ کیا گیا ہو۔
- آپ کی معلومات صحت جن افراد نے حاصل کی ان کی فہرست حاصل کریں۔ اس فہرست میں آپ یا آپ کے نمائندے کی طلب کردہ معلومات، نیو یارک Medicaid پروگرام چلانے کے لیے مستعمل معلومات یا نفاذ قانون کے مقاصد کے لیے دیر گئی معلومات شامل ہوگی۔

• کسی بھی غیر محفوظ تحفظ یافتہ معلومات کے خلاف ورزی ہونے پر مطلع کیا جائے۔

اس نوٹس کی الیکٹرانک کاپی کے لیے نیو یارک سٹی کے ہیومن ریسورسز ایڈمنسٹریشن

(New York City Human Resources Administration) کی ویب سائٹ

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

دیکھیں۔ آپ ایک متبادل ورژن دیکھنے کے لیے نیو یارک اسٹیٹ کے محکمہ صحت کی ویب سائٹ

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

بھی ملاحظہ کر سکتے ہیں،

*شکایت درج کروانے پر آپ پر ہرجانہ عائد نہیں ہوگا۔ اگر ہم اس نوٹس میں درج معلومات کو تبدیل کرتے ہیں تو ہم ترمیم شدہ ورژن ذیل کے پتے پر اپنی ویب سائٹ پر شائع کریں گے:

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

کیا آپ کو طبی یا دماغی صحت کی پریشانی یا معذوری لاحق ہے؟ کیا اس پریشانی کی وجہ سے آپ کے لیے اس نوٹس کو سمجھنا یا اس نوٹس میں جو کچھ کرنے کو کہا جا رہا ہے اسے انجام دینا مشکل ہوتا ہے؟ کیا اس پریشانی کی وجہ سے آپ کے لیے HRA میں دیگر خدمات حاصل کرنا مشکل ہوتا ہے؟ ہم آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ ہمیں 212-331-4640 پر کال کریں۔ آپ HRA دفتر جا کر بھی مدد کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کو قانون کے تحت اس قسم کی مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔