

INSTRUCCIONES PARA LA RENOVACIÓN

(Spanish)

- Paso 1 Responda todas las preguntas del formulario de renovación (MAP-909e). Si las instrucciones indican que usted debe presentar una prueba, consulte la parte de abajo y la parte de atrás de esta página para ver una lista de lo que puede usar como prueba.
- Paso 2 El **Formulario de mantenimiento financiero al momento de la renovación**, que está en la página 8 del formulario de **Notificación de renovación** (MAP-909e), solo es necesario si su parte de los gastos mensuales de vivienda es más del 70 % de sus ingresos brutos mensuales.
- Paso 3 Si usted está inscrito en un plan de atención administrada a largo plazo, comuníquese con el plan si necesita ayuda para completar su formulario de renovación.
- Paso 4 Si su cónyuge no está solicitando Medicaid, complete y firme la Autorización para la verificación de recursos MAP-3179a (E) (cónyuge legal).
- Paso 5 Devuélvanos el formulario de **Renovación** completo, la Autorización para la verificación de recursos MAP-3179a (E) (cónyuge legal) y las pruebas en el sobre con franqueo pagado adjunto. Responda antes de la fecha impresa en la página 1 del formulario de renovación (MAP-909e).
- Recordatorio:** Si está casado(a), **usted y su cónyuge deben** firmar la página 7 de la Notificación de renovación.
- Paso 6 Si no tiene nuestro sobre, envíe el paquete por correo a:

MAIL RENEWAL PROGRAM
HRA/MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM
PO BOX 329060
BROOKLYN, NY 11232-9823

RECUERDE: Si no sigue estas instrucciones, su cobertura de Medicaid podría cancelarse.

Si usted nos envía por correo sus documentos antes de la fecha indicada en el formulario de renovación, sus beneficios actuales podrán continuar **sin cambios** hasta nuevo aviso.

NOTA:

- No es necesario que envíe una prueba de ingresos y recursos, a menos que en el formulario de renovación se indique que tiene que hacerlo. La cantidad de ingresos que usted informe se comparará con los datos disponibles en el sistema. Si los resultados de los datos disponibles en el sistema difieren de la información que usted presentó, se usarán los resultados obtenidos del sistema para tomar una decisión sobre su elegibilidad. Puede enviar una prueba de sus ingresos y recursos para garantizar que tengamos la información correcta. Si decide no enviarla ahora, es posible que se la pidan más adelante. En la tabla en la parte de atrás de esta página, se muestra lo que puede usar como prueba.
- Si se mudó recientemente de la ciudad de Nueva York a otro condado dentro del estado de Nueva York, pero todavía no le han abierto un nuevo caso de Medicaid donde vive ahora, debe completar este formulario de renovación (MAP-909e) y enviárnoslo. Lo ayudaremos a trasladar su cobertura.

DOCUMENTOS DE INGRESOS Y RECURSOS: Todos los documentos de ingresos y recursos deben estar actualizados. **No** envíe documentos originales, solo copias.

INGRESOS: Los tipos de ingresos habituales y las pruebas válidas de esos ingresos incluyen los siguientes:

Tipo de ingreso	Documentación	Tipo de ingreso	Documentación
Ingresos devengados por el empleador	Cheques/recibos de pago actuales ([4] cuatro semanas consecutivas) o carta del empleador	Compensación a trabajadores	Carta de adjudicación o recibo de pago
Ingresos por empleo independiente	Declaración de impuestos sobre los ingresos actual firmada, y todos los anexos o registros de ingresos y gastos	Beneficios de veteranos de guerra	Carta de adjudicación, recibo de pago de beneficios o correspondencia de la Administración de Veteranos
Ingresos por huésped-inquilino/alquiler	Carta del inquilino, huésped o arrendatario, o recibo de pago	Pago por servicio militar	Carta de adjudicación o recibo de pago
Compensación por enfermedad/discapacidad por el empleo	Carta/certificado de adjudicación, recibo de pago de beneficios o correspondencia de la fuente de ingresos	Intereses/dividendos/regalías	Estado de cuenta actual del banco, de la cooperativa de crédito o de la institución financiera, carta del corredor, carta del agente, o formulario 1099 o declaración de impuestos (si no tiene otra documentación)
Beneficios de desempleo	Carta/certificado de adjudicación, declaración de beneficios mensuales, correspondencia del Departamento del Trabajo del Estado de Nueva York, copia impresa de la información de la cuenta del destinatario del sitio web del Departamento de Trabajo del NYS (www.labor.state.ny.us), o copia de la tarjeta de pago directo con impresión	Apoyo de otros familiares	Declaración o carta firmada por el familiar
Pensiones/A anualidades privadas	Estado de cuenta de la pensión/anualidad	Ingresos de un fideicomiso	Documento del fideicomiso
Seguro Social	Carta/certificado de adjudicación, declaración de los beneficios anuales o correspondencia de la Administración del Seguro Social	Manutención infantil/pensión alimenticia	Carta de la persona que da la manutención, carta del tribunal, recibo de pago de la manutención infantil/pensión alimenticia, copia de NY Eppicard con impresión, copia de la información de la cuenta de la manutención infantil obtenida de www.newyorkchildsupport.com o copia del estado de cuenta bancaria en el que se muestre un depósito directo

EMPLEO: Si está inscrito en el Programa de compra de Medicaid para personas con discapacidades que trabajan (MBI-WPD), debe mostrar una prueba de empleo. Puede enviarnos alguno de los siguientes:

Declaración escrita detallada del empleador	Formulario W-2
Cheque/Recibo de pago actual	Declaración de impuestos sobre los ingresos

RECURSOS: Los recursos abarcan el efectivo disponible, las cuentas de ahorros y corrientes, los certificados de depósitos, las acciones, los bonos, los fondos fiduciarios, los planes 401K, los grupos de inversión, empresas, propiedades de las que usted o alguien de su familia sea dueño, etc.

Una prueba de recursos aceptable incluye:

Estados de cuenta/contabilidad de las instituciones financieras en los que están	Tasación/evaluación de bienes raíces
Copias de pólizas/certificados	Copias de pagarés

PARTE C DE MEDICARE (Plan Medicare Advantage)/Seguro médico privado: Si usted recibe su cobertura de Medicare mediante un Plan Medicare Advantage, puede tener derecho a que el costo de las primas de su póliza se deduzca de los ingresos que presupuestamos para determinar su elegibilidad/elegibilidad en curso. Como las primas del plan son diferentes, usted debe presentar una prueba de su costo.

Esta deducción de los ingresos también puede corresponder a su caso si usted paga una prima de seguro médico a su empleador, a su sindicato o a una aseguradora externa.

Puede enviarnos alguno de los siguientes:

Factura pagada	Cheque o giro postal cancelado
Copia del estado de cuenta bancaria en el que se muestre el pago	Correspondencia del proveedor de seguros en el que se acuse recibo (y la cantidad en dólares) del pago de la prima
Recibo de pago en el que se muestre la deducción de la nómina del costo/su parte del costo de su cobertura médica	

¿Tiene alguna condición médica o de salud mental o alguna discapacidad? ¿Le dificulta esta condición entender este aviso o hacer lo que se pide en él? ¿Le dificulta esta condición obtener otros servicios de la HRA? **Podemos ayudarlo.** Llámenos al 888-692-6116. También puede pedir ayuda en una oficina de la HRA. Por ley, usted tiene derecho a pedir este tipo de ayuda.

LOS CONSUMIDORES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA QUE TENGAN DISPOSITIVOS DE TELÉFONO DE TEXTO (TTY) PUEDEN COMUNICARSE CON NOSOTROS LLAMANDO AL 718-636-7783 O AL 711.