

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 an applicant's household who are not applying for benefits. Such disclosure 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, to see if applicants can get money or other help, and to verify resources with financial institutions for recipients and their non-applying spouse. 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).

FOR OFFICE USE ONLY

Worker Signature	Supervisor Signature	Case Disposition

TERMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al completar y firmar este formulario estoy solicitando renovar la cobertura de Medicaid o del Programa de Beneficios de planificacion familiar.

Entiendo que debo proporcionar la informacion necesaria para comprobar mi elegibilidad para cada programa. Acepto reportar inmediatamente cualquier cambio a la informacion de este formulario. Si no puedo obtener la informacion, lo indicare al distrito de servicios sociales. El distrito de servicios sociales puede ayudarme a obtener la informacion.

Entiendo que los trabajadores de los programas para los que los miembros de la familia o yo estoy renovando pueden revisar la informacion proporcionada por mi en este formulario. Las agencias que dirigen estos programas mantendran esta informacion confidencial de conformidad con 42 U.S.C. 1396a (a) (7) y 42 CFR 431.300-431.307 y con cualquier ley o regulacion estatal o federal.

Entiendo que la cobertura de Medicaid o del Programa de Beneficios de planificacion familiar no pagara los gastos medicos que el seguro u otra persona debe pagar y que estoy cediendo a la agencia todos mis derechos de demandar o recibir apoyo medico de un conyuge o padres de personas menores de 21 anos de edad, así como mi derecho de demandar y recibir pagos de terceros por todo el tiempo que reciba los beneficios.

Solo hare reclamos de beneficios del seguro medico o de accidentes o cualquier otro recurso para el que tengo derecho. Entiendo que tengo derecho de alegar causa justa y no cooperar para utilizar el seguro medico si utilizarlo puede danar mi salud o seguridad o la salud y seguridad de alguien de quien soy legalmente responsable.

Entiendo que mi elegibilidad para estos programas no sera afectada por mi raza, color o nacionalidad. Tambien entiendo que dependiendo de los requerimientos de estos programas individuales, mi edad, sexo, discapacidad o estado de ciudadania puede ser un factor por el que yo sea o no elegible.

Entiendo que si mi hijo tiene beneficios de Medicaid, puede recibir atencion primaria completa y atencion preventiva, incluso todo el tratamiento necesario por medio del Child/Teen Health Program.

Entiendo que cualquiera que intencionalmente mienta u oculte la verdad a fin de recibir servicios de conformidad con estos programas esta cometiendo un crimen y estara sujeto a multas estatales o federales y puede tener que volver a pagar la cantidad por beneficios recibidos y pagar multas civiles. El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de New York tiene derecho de revisar la informacion de ingresos de este formulario.

CERTIFICACION DE CIUDADANIA/ESTADO MIGRATORIO Yo certifico bajo pena de perjurio, al firmar con mi nombre en este formulario, que Yo o cualquier persona por la que estoy firmando es ciudadano estadounidense u originario de Estados Unidos o tiene un estado migratorio satisfactorio. El termino "estado migratorio satisfactorio" significa un estado migratorio que no hace que la persona sea inelegible para recibir beneficios. **Informacion importante:** los Servicios de Ciudadania e Inmigracion de Estados Unidos (USCIS) han indicado que la inscripcion en Medicaid NO PUEDE afectar la capacidad de una persona de recibir una tarjeta de Residencia permanente en Estados Unidos, de convertirse en ciudadano, de patrocinar a un miembro de la familia o de entrar y salir del pais (excepto si Medicaid paga atencion de largo plazo en un lugar como un sanatorio u hospital psiquiatrico). **El Estado no reportara ninguna informacion que se incluya en esta solicitud a USCIS.**

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Todos los solicitantes deben dar un número de seguro social o prueba de que han solicitado o tratado de solicitar uno. Las únicas excepciones son las mujeres embarazadas, los inmigrantes indocumentados y no inmigrantes temporales que soliciten el tratamiento de una condición médica de emergencia, y ciertos inmigrantes maltratados. No se requieren los números de seguro social de un hogar solicitante que no esté solicitando beneficios. Tal divulgación es exigida por la Ley Federal 42 U.S.C. 1320b-7 (a) y por los reglamentos de Medicaid en 42 CFR 435.910. Los números de seguro social se usan de muchas maneras, en el Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) y entre el DSS y las agencias federales, estatales y locales, tanto en Nueva York como en otras jurisdicciones. Algunos usos de los números de seguro social son: verificar identidad, identificar y verificar ingresos devengados y no devengados, comprobar si los padres sin custodia pueden obtener cobertura de seguro médico para los solicitantes, comprobar si los solicitantes pueden obtener asistencia médica, comprobar si los solicitantes pueden obtener dinero u otra ayuda, y verificar recursos con instituciones financieras para el beneficiario y su cónyuge no solicitante. Los números de seguro social también pueden usarse para identificación del beneficiario entre agencias de Medicaid de gobierno central a fin de asegurar que los servicios adecuados estén disponibles al beneficiario.

DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA Yo doy mi consentimiento para divulgar cualquier informacion medica sobre mi y cualquier miembro de mi familia para quien yo puedo dar consentimiento: de mi Proveedor de atencion primaria, cualquier otro proveedor de atencion medica o el Departamento de Salud del Estado de New York (SDOH) a mi plan de salud o a cualquier proveedor de atencion medica involucrado en mi atencion o en la atencion de mi familia, segun sea razonablemente necesario para mi plan de salud o mis proveedores para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atencion medica; por mi plan de salud y cualquier proveedor de atencion medica a SDOH y a otras agencias autorizadas federales, estatales y locales para propositos de administracion de Medicaid; y de mi plan de salud a otras personas u organizaciones segun sea razonablemente necesario para que mi plan de salud realice el tratamiento, pago u operaciones de atencion medica. Tambien estoy de acuerdo en que la informacion divulgada puede incluir informacion sobre HIV, salud mental o abuso de alcohol o sustancias de mi o de los miembros de mi familia, hasta donde la ley lo permita. Si mas de un adulto de la familia se va a unir al plan de salud de Medicaid, la firma de cada adulto solicitantees necesaria para el consentimiento de divulgacion de informacion.

ATENCION ADMINISTRADA DE MEDICAID Si estoy agregando a un miembro de la familia a un caso de Medicaid y vivo en un condado que requiere que los beneficiarios de Medicaid se unan a un plan de salud, entiendo que este miembro de la familia se inscribira en el mismo plan de salud que mi familia, a menos que este exento o excluido.

DIVULGACION DE REGISTROS EDUCATIVOS Concedo mi permiso al Departamento Local de Servicios Sociales y al Estado de New York para obtener cualquier informacion relacionada con los registros educativos de mis hijos, aqui enumerados, necesaria para solicitar reembolsos de Medicaid para servicios educativos relacionados con la salud y para proporcionar a las agencias del gobierno federal apropiadas el acceso a esta informacion para el unico proposito de realizar auditorías.

PROGRAMA DE INTERVENCION ANTICIPADA Si mi hijo es evaluado para o participa en el Programa de Intervencion anticipada del Estado de New York, concedo mi permiso al Departamento Local de Servicios Sociales y al Estado de New York de compartir la informacion de elegibilidad para Medicaid de mi hijo con el Programa de Intervencion anticipada de mi condado para el proposito de facturar a Medicaid.

Doy mi consentimiento para compartir esta información con cualquier centro de salud de la escuela que proporcione servicios a los solicitantes.

FOR OFFICE USE ONLY

Worker Signature	Supervisor Signature	Case Disposition