

**CNS Paragraph Form**

Date: 06.30.2017

|                         |   |                                     |
|-------------------------|---|-------------------------------------|
| <b>Program Area</b>     | <b>03</b>   | <b>(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)</b> |
| <b>Paragraph Number</b> | <b>Y0136</b>  |                                     |
| <b>Version Number</b>   | <b>00003</b>  |                                     |
| <b>Effective Date</b>   | <b>2017</b>   | <b>(YYMMDD)</b>                     |
| <b>Title</b>            | <b>Renewal Letter, Individual Transferred from New York State of Health (NYSoH) – Cover letter</b>  |                                     |
| <b>Comment</b>          | Include the following elixir forms with this cover letter:<br>H2W-Terms, Rights and Responsibilities & H2W-Documentation Checklist &<br>Motor/Voter registration and Organ Donation forms |                                     |
| <b>Reason Code</b>      | <b>H2W</b>  |                                     |

**CONTINUING YOUR MEDICAID BENEFITS**

The following individuals are required to have their Medicaid eligibility determined on a different basis that takes into account both income and certain deductions that were not applied by the Marketplace:

|      |               |
|------|---------------|
| Name | Client I.D. # |
| Name | Client I.D. # |
| Name | Client I.D. # |

Your Medicaid eligibility must be determined on a different basis because:

- you are age 65 or older and not a parent or caretaker relative; or
- you are 19 or 20 years of age and in receipt of Medicare, are not living with a parent, are not pregnant or a caretaker relative; or
- you are at least 21 years of age and in receipt of Medicare, and are not a parent or caretaker relative or pregnant; or
- you have excess income making you ineligible for coverage through New York’s health benefit exchange, New York State of Health.

**If you have End Stage Renal Disease (ESRD), or Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), or you are turning 65 within the next 3 months, or you are age 65, you are required to apply for MEDICARE. MEDICARE is a federal health insurance program for people over 65 and for people with disabilities regardless of income. When a person has both MEDICARE and Medicaid, MEDICARE pays first and Medicaid pays second. Medicaid may also be able to pay the cost of your MEDICARE premiums through the MEDICARE Savings Program. This program has higher income levels than the Medicaid program and, also has no resource test.**

In order for us to determine your continued eligibility for Medicaid, you must complete the attached form.

You must answer **all** the questions and return this form and any required documentation to the following address by (  **date**  ).

---

---

---

- If you do not complete and return this form, you will lose your health insurance. If we are paying your health insurance premiums, we will also stop making these payments.
- This form is not complete until you sign and date it.
- Please read the Terms, Rights, and Responsibilities.

## **Important Instructions – Please Read**

- To determine your eligibility, the amount of income you report will be compared to available computer matches.
- **You do not need to send proof of** income and/or resources at this time unless the renewal form says you must. However, since the amount you report may not match the amount found in the computer matches, you may wish to submit proof of your income to be sure that you receive the correct coverage.
- You may be asked to provide proof of your income and/or resources at a later date. If needed, you will be contacted and told what to send in. The attached “Documentation Checklist” shows you the things you can use as proof of these items.

You may call your local department of social services for help with this form. If you need help finding contact information for your local Department of Social Services, please call the NY State Medicaid Help Line at 1-800-541-2831 or visit the NY State Department of Health Web site at [http://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss.htm](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm).

**MAKE SURE YOU ANSWER EVERY QUESTION AND SIGN THE FORM.**

**RETURN ALL PAGES AND ANY REQUIRED DOCUMENTATION BY MAIL OR  
IN PERSON TO THE SOCIAL SERVICES OFFICE.**

**YOU DO NOT NEED TO COME IN FOR AN INTERVIEW.**

Please print clearly. Please ask for help if there is anything you do not understand.

**1 Has your address or telephone number changed since you last applied for/renewed your health care coverage?**

No  Yes My new address and/or telephone number is:

|           |        |          |            |      |       |          |               |
|-----------|--------|----------|------------|------|-------|----------|---------------|
| House No. | Street | Apt. No. | PO Box No. | City | State | Zip Code | Telephone No. |
|-----------|--------|----------|------------|------|-------|----------|---------------|

Check here if homeless.

If you do not receive mail where you live, please write your mailing address below:

|           |        |          |            |      |       |          |
|-----------|--------|----------|------------|------|-------|----------|
| House No. | Street | Apt. No. | PO Box No. | City | State | Zip Code |
|-----------|--------|----------|------------|------|-------|----------|

My telephone number is:

|               |  |
|---------------|--|
| Telephone No. | <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Other |
|---------------|--|

Another phone number where I can be reached is:

|               |  |
|---------------|--|
| Telephone No. | <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Other |
|---------------|--|

**2 Who else lives with you? Write the full legal name(s) below and the relationship to the person listed on the first page. (For example, spouse, parent/step-parent, child and their date of birth and gender.)**

If anyone listed below wants to apply for health insurance, write their social security number below:

| Name | Relationship | Date of Birth | Gender (M/F) | SSN (If you have one) | Does this person want health insurance?                    |
|------|--------------|---------------|--------------|-----------------------|--|
|      |              |               |              |                       | <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No |
|      |              |               |              |                       | <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No |
|      |              |               |              |                       | <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No |
|      |              |               |              |                       | <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No |

Identity and U. S. citizenship, satisfactory immigration status or Lawful Presence must be documented. If anyone listed above who is applying for health insurance is declaring to be a U. S. citizen or national and provides his or her SSN or proof that an SSN was applied for, Medicaid will verify his or her SSN and birth information, including identity through an electronic match with the Social Security Administration's records. If the match is not successful, **proof** of identity and U. S. citizenship status may be required.

Anyone listed above who is applying for health insurance and is not a U.S. citizen must **send proof** of identity and immigration status.

Proof of income is also required.

Include anyone applying for health insurance when you answer the rest of the questions on this form.

**3 Is anyone listed on the first page or in question 2, pregnant?**

No  Yes If yes, fill out below:

| Name | Expected due date |
|------|-------------------|
|      |                   |
|      |                   |

**4 Has anyone who had health insurance coverage lost the coverage?**

No  Yes If yes, fill out below:

| Name | Insurance company name | Date coverage ended |
|------|------------------------|---------------------|
|      |                        |                     |

- a.** Has anyone **started** being covered by health insurance (including Medicare or long-term care insurance) other than Medicaid? We may be able to pay the cost of your health insurance premiums if it is cost effective.
- b.** If you do not have Medicare and you have End Stage Renal Disease (ESRD) or have Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), or you are age 65 or older, you must apply for Medicare and show proof of application.

No  Yes If yes, fill out below:

| Name of insured | Premium amount | Paid how often |
|-----------------|----------------|----------------|
|                 | \$             |                |

**You must send a copy of the front and back of the insurance card and/or Medicare card (red, white and blue card) for each person and a copy of the insurance policy.**

- c.** If you are not insured through your job now, does your job offer health insurance? We may be able to pay the cost of your health insurance premiums if it is cost effective.

No  Yes If yes, fill out below:

| Employer Name          | Employer Address | City | State | Zip Code |
|------------------------|------------------|------|-------|----------|
| Employer Telephone No. |                  |      |       |          |

**5 Since you last applied/renewed, has anyone become blind, or disabled, or does anyone now have a chronic illness or special health care need? Examples of chronically ill would be unable to work for at least 12 months because of an illness or injury, or having an illness or disabling impairment that has lasted or is expected to last for 12 months.**

No  Yes If yes, fill out below:

|         |
|---------|
| Name    |
| Explain |

- a.** If you are blind or disabled, do you pay special expenses (non-medical) in order to work?  
 No  Yes. If **YES, you must send in receipts for these expenses.**
- b.** Does anyone who is renewing or applying have a pending lawsuit due to an injury?

No  Yes If yes, who?

|      |
|------|
| Name |
|------|

- c.** Does anyone renewing or applying have a Workers' Compensation case or an injury, illness, or disability that was caused by someone else, (that could be covered by insurance)?

No  Yes If yes, who?

|      |
|------|
| Name |
|------|

**6 If there is a parent or spouse living outside the home, please answer the following questions.**

**a.** Since you last applied/renewed, has the spouse or parent of someone renewing moved out of the home?

No (Go to Question 6b.)  Yes If yes, give the following information below, if known:

|                  |  |                        |               |
|------------------|--|------------------------|---------------|
| Name: Parent     |  | Spouse                 |               |
| Date of Birth    |  | Social Security Number |               |
| Address          |  |                        | Telephone No. |
| Employer Name    |  | Employer Address       |               |
| Parent/Spouse of |  |                        |               |

**Note: Families who are renewing for their children and pregnant women are NOT required to fill out this section. All other people who are applying and are age 21 or over must be willing to provide information about a parent of an applying minor, or a spouse living outside the home to be eligible for health insurance. If you believe that providing information regarding the absent parent or spouse could cause physical or emotional harm to you or your child, you may have “good cause” for not cooperating.**

Check here if you fear physical or mental harm if the absent parent or spouse is contacted and you are claiming good cause.

If you checked this box, you will be contacted to explain your reason and to provide proof.

**b.** Since you last applied/renewed, do you have any information that you have not previously given us to help us find a spouse or parent who does not live in the home (e.g., home address or work place)?

No  Yes If yes, give the following information below, if known:

|                  |  |                  |  |
|------------------|--|------------------|--|
| Name: Parent     |  | Spouse           |  |
| Home Address     |  |                  |  |
| Employer Name    |  | Employer Address |  |
| Parent/Spouse of |  |                  |  |

|                  |  |                  |  |
|------------------|--|------------------|--|
| Name: Parent     |  | Spouse           |  |
| Home Address     |  |                  |  |
| Employer Name    |  | Employer Address |  |
| Parent/Spouse of |  |                  |  |

**7 Write the types of income (money) and the amount received by everyone in the household. See the documentation checklist for examples of income. Write the amount before any taxes or other deductions; include tips/commissions.**

If you or anyone renewing or applying is self-employed, check here:

| Name | Type of Income/Source (if income is from employment) | Name of Employer | How Much (before taxes / deductions. Include tips / commissions) | How Often (Weekly / 2-week / Monthly) |
|------|--|------------------|--|---------------------------------------|
|      |  |                  | \$   |                                       |
|      |  |                  | \$   |                                       |
|      |  |                  | \$   |                                       |
|      |  |                  | \$   |                                       |

Check the box if the statement applies to you:

- I do not get paychecks or pay stubs.
- I get paid in cash.

If you or any adult in the household does not have income, tell us who:

|      |
|------|
| Name |
|------|

If there is no income listed above, please explain how you are living (for example: living with friend or relative):

|         |
|---------|
| Explain |
|---------|

**a.** Have you or anyone who is applying changed jobs or stopped working in the last three months?

- No  Yes If yes, fill out below:

| Name | Date of last job   | Name of Employer |
|------|--------------------|------------------|
|      | ____ / ____ / ____ |                  |

**b.** Are you or anyone who is renewing or applying a student, in a vocational, undergraduate, or graduate program?

- No  Yes If yes:  Full Time  Part Time  Undergraduate  Graduate

|                |
|----------------|
| Student's Name |
|----------------|

**c.** Do you or anyone who is renewing or applying pay for health insurance premiums, Medicare premiums, court ordered support, or child/adult care expenses?

- No  Yes. If yes, please provide information below and send **proof** of expense.

| Type of expense | Name of person paying the expense | How much is being paid | How often is the expense paid (Ex. Weekly / Monthly) |
|-----------------|-----------------------------------|------------------------|--|
|                 |                                   | \$                     |  |
|                 |                                   | \$                     |  |
|                 |                                   | \$                     |  |
|                 |                                   | \$                     |  |
|                 |                                   | \$                     |  |

The Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) offers Medicaid coverage to people who are disabled, working, and at least 16 years old but not yet 65 years old. The program allows higher income levels than the regular Medicaid program so working people with disabilities can earn more and keep their Medicaid coverage.

Are you applying for MBI-WPD?  No  Yes.

**If YES, you must submit proof of your employment.** See the enclosed Documentation Checklist for the documents you can use to prove you are employed.

**8 Has your share of the monthly housing payment (such as rent or mortgage, including property taxes) changed since you last applied/renewed for your healthcare coverage?**

- No  Yes If yes, fill out below:

My share of the monthly housing payment is:

|    |
|----|
| \$ |
|----|

If you pay water separately, how much do you pay? **Send proof** of water bill.

|    |
|----|
| \$ |
|----|

Do you receive free housing from your employer?  No  Yes

**9 Proof of identity, United States citizenship, or satisfactory immigration status or Lawful Presence is a requirement for Medicaid eligibility.**

If you are declaring to be a U. S. citizen, but you have not provided proof of U. S. citizenship, provide your SSN or proof that an SSN was applied for, and Medicaid will verify your SSN and birth information, including identity through an electronic match with the Social Security Administration's records. If the match is not successful, proof of identity and U. S. citizenship status may be required. Proof of identity and citizenship requires original documents or copies certified by the issuing agency.

a. Has anyone renewing not provided proof of U.S. citizenship?

No  Yes If yes, fill out below:

| Name | SSN<br>(If you have one) |
|------|--------------------------|
|      |                          |
|      |                          |
|      |                          |

If you are an immigrant, but have not provided proof of your identity and immigration status, or if your immigration status has changed you must send us proof. Send proof from the federal immigration agency showing your current immigration status.

b. Has the immigration status of anyone renewing changed?

No  Yes If yes, fill out below:

| Name | SSN<br>(If you have one) |
|------|--------------------------|
|      |                          |
|      |                          |
|      |                          |

c. If you were pregnant and not a citizen, qualified alien or have Lawful Presence, you will no longer be eligible for Medicaid 60 days after your pregnancy ends (called the post-partum period). If you have not proven your U. S. citizenship or satisfactory immigration status during the time you received Medicaid and you do not send in proof with this renewal, you are guaranteed 24 months of family planning services under the Family Planning Extension Program.

Should you require Medicaid to cover treatment of an emergency medical condition or for a pregnancy, you may become eligible for Medicaid, regardless of your citizenship and immigration status.

Check this box if you no longer want Medicaid or Family Planning Extension Program benefits after your 60 day post-partum period ends.

**10 You do NOT have to complete this section if you are under age 65 and not receiving Medicare benefits or are the parent or caretaker relative of a child under age 18.**

List all resources (Resources include money in a bank or credit union, stocks, bonds, mutual funds, certificates of deposit, money market accounts, 401k plans, trust funds, the cash value of life insurance, or property that someone owns. Do not list your home).

If you do not have any resources, please write "NONE" under "Resource Type."

What are your current resources?

| Resource Type | Value | Owner | Bank / Company Name |
|---------------|-------|-------|---------------------|
|               | \$    |       |                     |
|               | \$    |       |                     |
|               | \$    |       |                     |
|               | \$    |       |                     |

|  |    |  |  |
|--|----|--|--|
|  | \$ |  |  |
|  | \$ |  |  |
|  | \$ |  |  |
|  | \$ |  |  |

Do you want to receive Medicaid coverage for long-term care services, such as home care or personal care services?

No  Yes If yes, you need to send **proof** of your current resources.

If you want to receive Medicaid coverage for long-term care services and you own your home, what is the equity value in your home? (NOTE: Equity value is the fair market value less any outstanding liens, mortgages, etc.)

|    |
|----|
| \$ |
|----|

**HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE 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 Department of Social Services.

A copy of the Notice may be obtained at your local Department of Social Services. It is also available at:

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

READ THE TERMS, RIGHTS AND RESPONSIBILITIES SECTION, SIGN AND DATE THIS FORM AND RETURN IT BY THE DATE SHOWN ON PAGE ONE.

By signing this form, I understand that each person listed will be enrolled in the appropriate program, if eligible. I have also read and understand these Terms, Rights and Responsibilities. I certify under penalty of perjury that everything on this renewal form is the truth as best I know.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE of Applicant or Representative

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE of other applying adult

\_\_\_\_\_  
DATE

## CONTINÚE RECIBIENDO SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

Para las siguientes personas es necesario que se determine la elegibilidad para recibir Medicaid con un criterio diferente que tome en cuenta tanto los ingresos como ciertas deducciones que no aplicó el Marketplace:

|        |                       |
|--------|-----------------------|
| Nombre | Nº de id. del cliente |
| Nombre | Nº de id. del cliente |
| Nombre | Nº de id. del cliente |

Su elegibilidad para recibir Medicaid debe ser determinada con un criterio diferente porque:

- tiene 65 años de edad o más y no es padre ni familiar encargado del cuidado de otra persona;
- tiene 19 o 20 años de edad y recibe Medicare, no vive con uno de sus padres, no está embarazada y no es familiar encargado del cuidado de otra persona;
- tiene al menos 21 años de edad y recibe Medicare, no es uno de los padres ni el familiar encargado del cuidado de otra persona y no está embarazada;
- tiene un excedente de ingresos que lo hace inelegible para recibir la cobertura a través del New York's Health Benefit Exchange, New York State of Health.

**Si tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o esclerosis lateral amiotrófica (ALS), o cumplirá 65 años dentro de los próximos 3 meses o tiene 65 años de edad, debe solicitar MEDICARE. MEDICARE es un programa federal de seguros médicos para personas de 65 años en adelante y para aquellas con discapacidades, independientemente de sus ingresos. Cuando una persona tiene MEDICARE y Medicaid, MEDICARE paga primero y Medicaid paga en segundo lugar. Es posible que Medicaid también pague el costo de sus primas de MEDICARE a través del Programa de Ahorros de MEDICARE. Este programa permite niveles de ingresos más altos que el programa de Medicaid y además no tiene evaluación de recursos.**

Para que podamos determinar la continuidad de su elegibilidad para recibir Medicaid, debe completar el formulario adjunto.

Debe responder a **todas** las preguntas y devolver este formulario y cualquier documentación requerida a la siguiente dirección, antes del (  date  ).

- 
- 
- 
- Si no completa y devuelve este formulario, perderá su seguro médico. Si estamos pagando sus primas de seguro médico, también dejaremos de hacer estos pagos.
  - Este formulario no está completo hasta que lo firme y coloque la fecha.
  - Lea los Términos, derechos y responsabilidades.

## **Instrucciones Importantes (Sírvasse Leer)**

- Para determinar su elegibilidad, el monto de los ingresos que informe se comparará con los datos disponibles en la computadora.
- **No tiene que enviar comprobantes de** ingresos o recursos en este momento, a menos que el formulario de renovación indique que tiene que hacerlo. Sin embargo, debido a que el monto que usted informa podría no coincidir con el monto detallado en los datos de la computadora, es posible que quiera presentar comprobantes de sus ingresos para asegurarse de recibir la cobertura correcta.
- Se le puede solicitar que proporcione comprobantes de sus ingresos o recursos en una fecha posterior. De ser necesario, se comunicarán con usted para indicarle lo que debe enviar. La "Lista de verificación de documentación" que se adjunta le detalla lo que puede usar como comprobante.

Puede llamar a su Departamento de Servicios Sociales local para recibir ayuda con este formulario. Si necesita ayuda para encontrar la información de contacto de su Departamento de Servicios Sociales local, llame a la Línea de asistencia de Medicaid del estado de Nueva York al 1-800-541-2831 o visite el sitio web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York en [http://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss.htm](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm).

**ASEGÚRESE DE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS Y FIRMAR EL FORMULARIO.**

**DEVUELVA TODAS LAS PÁGINAS Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR CORREO O EN PERSONA A LA OFICINA DE SERVICIOS SOCIALES.**

**NO TIENE QUE PRESENTARSE PARA UNA ENTREVISTA.**

Escriba de manera clara con letra de imprenta. Solicite ayuda si hay algo que no comprende.

**1 ¿Cambió su dirección o número de teléfono desde la última solicitud/renovación de su cobertura de atención médica?**

No  Sí Mi nueva dirección o número de teléfono es:

|               |       |            |                      |        |        |               |                |
|---------------|-------|------------|----------------------|--------|--------|---------------|----------------|
| Nº de la casa | Calle | Nº de Apt. | Nº de casilla postal | Ciudad | Estado | Código postal | Nº de teléfono |
|---------------|-------|------------|----------------------|--------|--------|---------------|----------------|

Marque aquí si no tiene un hogar.

Si no recibe correspondencia en donde vive, escriba abajo su dirección de correspondencia:

|               |       |            |                      |        |        |               |
|---------------|-------|------------|----------------------|--------|--------|---------------|
| Nº de la casa | Calle | Nº de Apt. | Nº de casilla postal | Ciudad | Estado | Código postal |
|---------------|-------|------------|----------------------|--------|--------|---------------|

Mi número de teléfono es:

|                |  |
|----------------|--|
| Nº de teléfono | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro |
|----------------|--|

Otro número de teléfono en donde me pueden localizar:

|                |  |
|----------------|--|
| Nº de teléfono | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro |
|----------------|--|

**2 ¿Quién más vive con usted? Escriba a continuación los nombres legales y su relación con la persona indicada en la primera página. (Por ejemplo, cónyuge, padre/padrastro, hijo, las fechas de nacimiento y el sexo de cada uno).**

Si alguna de las personas indicadas a continuación desea presentar una solicitud de seguro médico, escriba abajo su Número de Seguro Social (SSN):

| Nombre | Relación | Fecha de nacimiento | Sexo (M/F) | SSN (Si tiene) | ¿Esta persona desea un seguro médico?                     |
|--------|----------|---------------------|------------|----------------|---|
|        |          |                     |            |                | <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No |
|        |          |                     |            |                | <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No |
|        |          |                     |            |                | <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No |
|        |          |                     |            |                | <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No |

Se debe documentar la identidad y la ciudadanía estadounidense, el estatus migratorio satisfactorio o la presencia legal. Si alguna de las personas antes mencionadas que presenta una solicitud de seguro de salud declara que es ciudadano estadounidense o que tiene nacionalidad estadounidense y proporciona su SSN o constancia de que solicitó un SSN, Medicaid verificará su SSN y la información de nacimiento, que incluye su identidad, a través de una comparación electrónica con los registros de la Administración del Seguro Social. Si la comparación no tiene éxito, es posible que se necesite la **prueba** de identidad y el estado de ciudadanía estadounidense.

Cualquier persona indicada anteriormente que presente una solicitud de seguro médico y no sea ciudadano estadounidense deberá enviar una **prueba** de identidad y estatus migratorio.

También debe presentar el comprobante de ingresos.

Incluya a cualquier persona que presente una solicitud de seguro médico cuando responda el resto de las preguntas de este formulario.

**3 ¿Está embarazada alguna de las personas que figura en la primera página o en la pregunta 2?**

No  Sí Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

| Nombre | Fecha esperada de parto |
|--------|-------------------------|
|        |                         |
|        |                         |

**4 ¿Alguna de las personas tuvo cobertura de seguro médico y perdió la cobertura?** No  Sí Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

| Nombre | Nombre de la compañía de seguros | Fecha en que terminó la cobertura |
|--------|----------------------------------|-----------------------------------|
|        |                                  |                                   |

- a.** ¿Alguna persona comenzó a recibir cobertura de seguro médico (incluido Medicare o un seguro de salud a largo plazo) que no sea Medicare? Es posible que podamos pagar el costo de sus primas de seguro médico si es económico.
- b.** Si no tiene Medicare y tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o esclerosis lateral amiotrófica (ALS), o es mayor de 65 años, debe solicitar Medicare y presentar una constancia de solicitud.

 No  Sí Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

| Nombre del asegurado | Monto de la prima | Frecuencia con la que se paga |
|----------------------|-------------------|-------------------------------|
|                      | \$                |                               |

**Debe enviar una copia de ambos lados de la tarjeta del seguro o de la tarjeta de Medicare (tarjeta roja, blanca y azul) de cada persona y una copia de la póliza de seguro.**

- c.** Si en este momento no tiene un seguro a través del empleo, ¿su empleo ofrece un seguro médico? Es posible que podamos pagar el costo de sus primas de seguro médico si es económico.

 No  Sí Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

| Nombre del empleador         | Dirección del empleador | Ciudad | Estado | Código postal |
|------------------------------|-------------------------|--------|--------|---------------|
| Nº de teléfono del empleador |                         |        |        |               |

**5 Desde la última vez que hizo la solicitud/renovación, ¿alguien quedó ciego o discapacitado, o hay alguien que tenga alguna enfermedad crónica o necesidad de atención médica especial? Entre los enfermos crónicos se incluyen las personas que no pueden trabajar al menos por 12 meses debido a una enfermedad o lesión, o debido a que tienen una enfermedad o discapacidad que ha durado o se espera que dure 12 meses.** No  Sí Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

|          |
|----------|
| Nombre   |
| Explique |

- a.** Si usted es una persona invidente o con discapacidades, ¿ha tenido que pagar gastos especiales (no médicos) para poder trabajar?  
 No  Sí Si la respuesta es "Sí", **debe enviar los recibos de estos gastos.**
- b.** ¿Alguna de las personas que presenta la solicitud o hace la renovación tiene alguna demanda pendiente debido a una lesión?

 No  Sí Si su respuesta es "Sí", ¿quién?

|        |
|--------|
| Nombre |
|--------|

- c.** ¿Alguna de las personas que presenta la solicitud o hace la renovación tiene un caso de compensación para los trabajadores o una lesión, enfermedad o discapacidad ocasionada por otra persona (que podría estar cubierta por un seguro)?

 No  Sí Si su respuesta es "Sí", ¿quién?

|        |
|--------|
| Nombre |
|--------|

**6 Si alguno de los padres o cónyuges vive fuera del hogar, responda las siguientes preguntas.**

**a.** Desde la última solicitud/renovación, ¿se ha mudado fuera del hogar alguno de los cónyuges o padres de alguna de las personas que hace la renovación?

No (continúe con la pregunta 6b.)  Sí Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información, si la conoce:

|                      |                         |  |
|----------------------|-------------------------|--|
| Nombre: Padre        | Cónyuge                 |  |
| Fecha de nacimiento  | Número de Seguro Social |  |
| Dirección            | Nº de teléfono          |  |
| Nombre del empleador | Dirección del empleador |  |
| Padre/Cónyuge de     |                         |  |

**Nota: Las familias que hacen la renovación para sus hijos y las mujeres embarazadas NO necesitan completar esta sección. Todas las demás personas que presenten sus solicitudes y tengan 21 años o más deben estar dispuestas a proporcionar información acerca de uno de los padres del menor que presenta la solicitud, o de un cónyuge que vive fuera del hogar, a fin de ser elegibles para recibir seguro médico. Si considera que al proporcionar información sobre el padre o cónyuge ausente podría ocasionarle daño físico o emocional a usted o a su hijo, esto podría ser un "motivo suficiente" para no cooperar.**

Marque aquí si tiene miedo de sufrir daño físico o mental si se comunican con el padre o cónyuge ausente y si usted afirma que tiene un "motivo suficiente". Si marcó esta casilla, se comunicarán con usted para que explique su motivo y para que proporcione una prueba.

**b.** Desde la última solicitud/renovación, ¿tiene alguna información que no nos haya proporcionado anteriormente para ayudarnos a encontrar al cónyuge o al padre que no vive en el hogar (p. ej., la dirección de la casa o el lugar de trabajo)?

No  Sí Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información, si la conoce:

|                      |                         |  |
|----------------------|-------------------------|--|
| Nombre: Padre        | Cónyuge                 |  |
| Dirección particular |                         |  |
| Nombre del empleador | Dirección del empleador |  |
| Padre/Cónyuge de     |                         |  |

|                      |                         |  |
|----------------------|-------------------------|--|
| Nombre: Padre        | Cónyuge                 |  |
| Dirección particular |                         |  |
| Nombre del empleador | Dirección del empleador |  |
| Padre/Cónyuge de     |                         |  |

**7** Escriba los tipos de ingresos (dinero) y la cantidad que recibe cada una de las personas del grupo familiar. Consulte la lista de verificación de la documentación para ver ejemplos de ingresos. **Escriba el monto antes de impuestos u otras deducciones; incluya propinas y comisiones.**

Si usted o cualquiera de las personas que hace una renovación o presenta una solicitud es trabajador independiente, marque aquí:

| Nombre | Tipo de ingresos o fuente (si los ingresos provienen del empleo) | Nombre del empleador | ¿Cuánto? (antes de impuestos/deducciones. Incluya propinas y comisiones) | ¿Con qué frecuencia? (semanal/quincenal/mensual) |
|--------|--|----------------------|--|--|
|        |  |                      | \$   |  |
|        |  |                      | \$   |  |
|        |  |                      | \$   |  |
|        |  |                      | \$   |  |

Marque la casilla si el enunciado aplica a usted:

- No recibo cheques de pago ni recibos de pago.  Me pagan en efectivo.

Si usted o cualquier adulto dentro del grupo familiar no tiene ingresos, indíquenos quién:

|        |
|--------|
| Nombre |
|--------|

Si no enumeró ningún ingreso arriba, explique cómo vive: (p. ej. vive con un amigo o familiar):

|          |
|----------|
| Explique |
|----------|

**a.** ¿Usted o alguna de las personas que presenta la solicitud ha cambiado de trabajo o ha dejado de trabajar en los últimos tres meses?

- No  Sí Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

| Nombre | Fecha del último empleo | Nombre del empleador |
|--------|-------------------------|----------------------|
|        | ____ / ____ / ____      |                      |

**b.** ¿Usted o alguna de las personas que hace la renovación o presenta la solicitud es estudiante en un programa vocacional, de pregrado o de grado?

- No  Sí Si su respuesta es "Sí":  A tiempo completo  A tiempo parcial  Pregrado  Grado

|                       |
|-----------------------|
| Nombre del estudiante |
|-----------------------|

**c.** ¿Usted, o alguna de las personas que hace la renovación o presenta la solicitud paga primas de seguro médico, primas de Medicare, manutención infantil ordenada por el tribunal, o gastos de atención médica de niños/adultos?

- No  Sí Si la respuesta es "Sí", proporcione información a continuación y envíe **comprobantes** de cada uno de los gastos.

| Tipo de gasto | Nombre de la persona que paga el gasto | ¿Cuánto se paga? | ¿Con qué frecuencia se paga el gasto? (p. ej.: semanal/mensual) |
|---------------|--|------------------|---|
|               |  | \$               |   |
|               |  | \$               |   |
|               |  | \$               |   |
|               |  | \$               |   |
|               |  | \$               |   |

El programa de Compra de Medicaid para personas con discapacidades que trabajan (MBI-WPD) ofrece la cobertura de Medicaid para personas discapacitadas, que trabajan y que tienen al menos 16 años de edad, pero todavía no tienen 65 años de edad. El programa permite niveles de ingresos más altos que el programa regular de Medicaid, de manera que las personas con discapacidades que trabajan puedan ganar más y mantener su cobertura de Medicaid.

¿Presenta una solicitud para MBI-WPD?  No  Sí

**Si la respuesta es "Sí", debe enviar un comprobante de su empleo.** Consulte la Lista de verificación de la documentación para saber qué documentos puede usar para demostrar que es un empleado.

|   |
|---|
| <b>8</b> ¿Ha cambiado su parte del pago mensual de vivienda (como el alquiler, la hipoteca y los impuestos sobre la propiedad) desde su última solicitud/renovación de la cobertura de atención médica? |
|---|

- No  Sí Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

Mi parte del pago mensual de vivienda es:

|    |
|----|
| \$ |
|----|

Si paga los servicios de agua de forma separada, ¿cuánto paga? **Envíe un comprobante** de la factura de agua.

|    |
|----|
| \$ |
|----|

¿Recibe vivienda gratuita de su empleador?  No  Sí

**9 El comprobante de identidad, ciudadanía estadounidense, estatus inmigratorio satisfactorio o presencia legal es un requisito de elegibilidad para recibir Medicaid.**

Si declara ser ciudadano estadounidense, pero no proporciona el comprobante de ciudadanía estadounidense, proporcione su SSN o prueba de que solicitó un SSN, y Medicaid verificará su SSN y la información de su nacimiento, que incluye la identidad, a través de una comparación electrónica con los registros de la Administración del Seguro Social. Si la comparación no tiene éxito, es posible que se necesite la prueba de identidad y el estado de ciudadanía estadounidense. Se requieren los documentos originales o copias certificadas por la agencia que los emitió para la constancia de identidad y ciudadanía.

a. ¿Alguna de las personas que hace la renovación no presentó comprobante de ciudadanía estadounidense?

No  Sí Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

| Nombre | SSN<br>(Si tiene) |
|--------|-------------------|
|        |                   |
|        |                   |
|        |                   |

Si usted es inmigrante, pero no ha proporcionado su comprobante de identidad y de estatus inmigratorio, o si su estatus inmigratorio cambió, debe enviarnos el comprobante. Envíe el comprobante de la Agencia de Inmigración Federal que demuestre su estatus inmigratorio actual.

b. ¿Cambió el estatus inmigratorio de alguna de las personas que hace la renovación?

No  Sí Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:

| Nombre | SSN<br>(Si tiene) |
|--------|-------------------|
|        |                   |
|        |                   |
|        |                   |

c. Si estuviera embarazada y no es ciudadana, extranjera calificada o no tiene presencia legal, no podrá ser elegible para recibir Medicaid 60 días después de que termine su embarazo (conocido como período post-partum). Si no presentó la prueba de ciudadanía estadounidense o estatus inmigratorio satisfactorio durante el tiempo que recibió Medicaid, y no envía ese comprobante con esta solicitud de renovación, se le garantizan 24 meses de servicios de planificación familiar en el Programa Ampliado de Planificación familiar.

Si necesita que Medicaid cubra el tratamiento de una emergencia médica o un embarazo, es posible que sea elegible para recibir Medicaid, independientemente de su ciudadanía o estatus inmigratorio.

Marque esta casilla si ya no desea los beneficios de Medicaid o del Programa Ampliado de Planificación Familiar después de que termine su período *postpartum* de 60 días.

**10 Usted NO tiene que completar esta sección si tiene menos de 65 años de edad y no recibe los beneficios de Medicare, o si es el padre o familiar encargado del cuidado de un niño menor de 18 años.**

Enumere todos los recursos (los recursos incluyen el dinero en un banco o cooperativa de crédito, acciones, bonos, fondos mutuos, certificados de depósito, cuentas del mercado monetario, planes 401k, fondos fiduciarios, el valor en efectivo de un seguro de vida o la propiedad que alguien posee. No incluya su vivienda).

Si no tiene recursos, escriba "NINGUNO" bajo "Tipo de recurso".

¿Cuáles son sus recursos actuales?

| Tipo de recurso | Valor | Propietario | Nombre de la compañía/banco |
|-----------------|-------|-------------|-----------------------------|
|                 | \$    |             |                             |
|                 | \$    |             |                             |
|                 | \$    |             |                             |
|                 | \$    |             |                             |

|  |    |  |  |
|--|----|--|--|
|  | \$ |  |  |
|  | \$ |  |  |
|  | \$ |  |  |
|  | \$ |  |  |

¿Desea recibir cobertura de Medicaid para los servicios de cuidado a largo plazo, como cuidados en el hogar o servicios de atención personal?

No  Sí Si la respuesta es "Sí", debe enviar un comprobante de sus recursos actuales.

Si desea recibir cobertura de Medicaid para los servicios de cuidado a largo plazo y usted es propietario de su hogar, ¿cuál es el valor neto de su casa? (NOTA: "Valor neto" es el valor justo del mercado menos los gravámenes, hipotecas, etc. pendientes).

|    |
|----|
| \$ |
|----|

**CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. SÍRVASE LEER DETENIDAMENTE.**

El programa de Medicaid de Nueva York debe informarle cómo usamos, compartimos y protegemos su información médica. El programa de Medicaid de Nueva York incluye Medicaid regular y Atención administrada de Medicaid. El programa es administrado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y el Departamento de Servicios Sociales local.

Puede obtener una copia de este Aviso en su Departamento de Servicios Sociales local. También está disponible en:

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

LEA LA SECCIÓN TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES, FIRME Y COLOQUE LA FECHA EN ESTE FORMULARIO, Y DEVUÉLVALO ANTES DE LA FECHA QUE APARECE EN LA PÁGINA UNO.

Al firmar este formulario, entiendo que cada persona que figura aquí será inscrita en el programa adecuado, si es elegible. Además, he leído y entiendo estos Términos, Derechos y Responsabilidades. Declaro bajo pena de perjurio que toda la información en este formulario de renovación es verdadera a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
FIRMA del solicitante o su representante

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA de otro adulto que presenta la solicitud

\_\_\_\_\_  
FECHA