

TERMS, RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

By completing and signing this form, I am applying to renew Medicaid 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 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.

Entiendo que debo suministrar la informacion necesaria para demostrar mi elegibilidad para cada programa. Acuerdo informar inmediatamente sobre cualquier cambio en la informacion de este formulario. Si no estoy en condiciones de obtener la informacion, informare al distrito de servicios sociales. El distrito de servicios sociales puede ser capaz de ayudarme a obtener la informacion. Entiendo que los empleados de los programas por los cuales mis familiares o yo solicitamos una renovaci3n pueden comprobar la informacion suministrada por mi en este formulario. Las agencias que administran estos programas mantendran esta informacion confidencial de acuerdo con 42 USC 1396a (a) (7) y 42 CFR 431.300 a 431.307, y todas las leyes y reglamentaciones federales y estatales.

Entiendo que la cobertura de Medicaid no pagara los gastos medicos que deba pagar el seguro u otra persona, y que le doy a la agencia todos mis derechos para procurar y recibir ayuda m3dica por parte de un conyuge o de los padres de personas menores de 21 anos y mi derecho a procurar y recibir pagos de terceros durante todo el tiempo que reciba beneficios.

Voy a presentar todo reclamo por beneficios de salud o seguro en caso de accidentes o cualquier otro recurso al que tenga derecho. Entiendo que tengo derecho a reclamar buena causa para no cooperar al usar el seguro de salud si su uso podr3a causar dano a mi salud o seguridad o a la salud y seguridad de alguien de quien soy legalmente responsable.

Entiendo que mi elegibilidad para estos programas no se vera afectada por mi raza, color o pais de origen. Tambien entiendo que, dependiendo de los requisitos de estos programas individuales, mi edad, sexo, discapacidad o estado de ciudadania pueden ser un factor para mi elegibilidad.

Entiendo que si mi hijo/a esta en Medicaid, puede obtener atencion medica primaria y preventiva integral, incluido todo el tratamiento necesario a traves del Child/Teen Health Program.

Entiendo que cualquier persona que a sabiendas mienta u oculte la verdad a fin de recibir servicios a traves de estos programas, esta cometiendo un delito, estara sujeta a sanciones federales y estatales y podr3a tener que pagar el monto de los beneficios recibidos y multas civiles. El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York tiene derecho a revisar la informacion de ingresos incluida en este formulario.

CERTIFICACION DE CIUDADANIA /ESTADO MIGRATORIO Certifico, bajo pena de perjurio, al firmar con mi nombre este formulario, que yo, y/o cualquier persona por la que estoy firmando, soy/es un ciudadano estadounidense o nacionalizado de Estados Unidos o tengo/tiene un estado migratorio satisfactorio. El termino "estado migratorio satisfactorio" significa un estado migratorio que no inhabilita a la persona para recibir los beneficios. **Informacion importante:** El Servicio de Ciudadania y Migracion de Estados Unidos (USCIS) ha manifestado que la inscripcion en Medicaid NO PUEDE afectar la capacidad de una persona para obtener una tarjeta verde, convertirse en ciudadano, patrocinar a un miembro de la familia o viajar dentro y fuera del pais (excepto si Medicaid paga por el cuidado a largo plazo en un lugar como un hogar de ancianos o un hospital psiquiatrico). **El Estado no notificara ninguna informacion incluida en esta solicitud a la 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 Autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica sobre mi y los miembros de mi familia por quienes puedo manifestar autorizaci3n: por parte de mi proveedor de atencion medica primaria, cualquier otro proveedor de atencion medica o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (SDOH) a mi plan de salud y a cualquier proveedor de atencion medica que participe en mi cuidado o el de mi familia, que sea razonablemente necesario para que mi plan de salud o mis proveedores lleven a cabo el tratamiento, pago u operacion de atencion medica; por mi plan de salud y cualquier proveedor de atencion medica a SDOH y otras agencias locales, estatales y federales autorizadas con fines de administraci3n de Medicaid; y por mi plan de salud a otras personas u organizaciones, segun sea razonablemente necesario, para que mi plan de salud lleve a cabo el tratamiento, pago u operacion de atencion medica. Tambien acuerdo que la informacion divulgada puede incluir informacion sobre VIH, salud mental o abuso de alcohol y drogas ilegales sobre mi y los miembros de mi familia, en la medida permitida por la ley. Si mas de un adulto en la familia se une a un plan de salud de Medicaid, es necesaria la firma de la solicitud de cada uno de ellos para permitir la divulgacion de informacion.

ATENCION MEDICA ADMINISTRADA DE MEDICAID Si anado a un miembro de mi familia a un caso de Medicaid y vivo en un condado que exige a los beneficiarios de Medicaid unirse a un plan de salud, entiendo que este miembro de la familia sera inscrito en el mismo plan de salud que mi familia, a menos que este exento o excluido.

DIVULGACION DE REGISTROS EDUCATIVOS Autorizo al Departamento de Servicios Sociales Local y al Estado de Nueva York a obtener cualquier informacion con respecto a los registros educativos de mi(s) hijo(s) mencionado(s) en el presente, que sea necesaria para reclamar reembolsos de Medicaid por servicios educativos relacionados con la salud, y brindar acceso adecuado a la agencia federal del gobierno a esta informacion con el unico proposito de auditoria.

PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA Si se evalua a mi hijo para participar o si participa del Programa de Intervencion Temprana del Estado de Nueva York, autorizo al Departamento de Servicios Sociales local y al Estado de Nueva York a compartir la informacion de elegibilidad de Medicaid de mi hijo con el Programa de Intervención Temprana de mi condado con el fin de poder facturar a Medicaid.

Autorizo compartir esta informacion con cualquier centro de salud escolar que preste servicios al/a los solicitante(s).

FOR OFFICE USE ONLY

Worker Signature	Supervisor Signature	Case Disposition