

**CNS Paragraph Form**

Date: 01.13.12

**Program Area**            **03**            (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)  
**Paragraph Number**   **8303**  
**Version Number**        **00008**  
**Effective Date**         **2012**        (YYMMDD)  
**Title**                        **Household**  
**Comment**                 **Question 3**  
**Reason Code**            **Z61, Z85, Z62, Z86, Z05 and Z49**

Who else lives with you? Write the full legal name(s) below and the relationship to the person listed first in question 2. (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?
_____	_____	_____	___	_____	__ Yes __ No
_____	_____	_____	___	_____	__ Yes __ No
_____	_____	_____	___	_____	__ Yes __ No
_____	_____	_____	___	_____	__ Yes __ No

- Identity and U. S. citizenship or satisfactory immigration status 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.

**Note:** Only certain family members can apply using this form. We will contact you if we need a different form.

~S\

Quien mas vive con usted? Escriba el / los nombre(s) completo(s) legal(es) a continuacion y el parentesco con la persona señalada en la primera pregunta 2. (Por ejemplo, conyuge, padre / madre / madrastra / padrastro / hijo[a], y la fecha de nacimiento y el genero).

- Si alguna de las personas señaladas a continuacion quiere solicitar seguro de salud, escriba el numero de seguro social de dichas personas a continuacion.

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Genero (M/F)	SSN (Si tiene uno)	Desea seguro de salud esta persona?
_____	_____	____	____	_____	___ Si ___ No
_____	_____	____	____	_____	___ Si ___ No
_____	_____	____	____	_____	___ Si ___ No
_____	_____	____	____	_____	___ Si ___ No

- Identidad y ciudadanía estadounidense o situación migratoria aprobada deben ser documentadas. Si alguna de las personas nombradas anteriormente que solicitan seguro de salud declara que es ciudadano(a) estadounidense o nacional y suministra su numero de seguro social o comprobante de que lo ha solicitado, Medicaid verificara su numero de seguro social y fecha de nacimiento, inclusive los datos de identidad por medio de un cruzamiento electronico de datos con los archivos de la Administracion del Seguro Social. Si el cruzamiento de datos no da resultado, es posible que se le exija comprobante de identidad y ciudadanía estadounidense.
- Toda persona que este nombrada arriba que solicite seguro de salud y que no sea ciudadano(a) estadounidense, **debe enviar comprobante** de identidad y situación migratoria.
- Tambien se exige comprobante de ingresos.
- Incluya a las personas que estan solicitando seguro de salud al contestar el resto de las preguntas de este formulario.

**Nota:** solamente ciertos miembros de familia pueden solicitar usando este formulario. Le dejaremos saber si se necesita de otro formulario.