

CNS Paragraph Form

Date: 06.27.12

| | | |
|-------------------------|--|-------------------------------------|
| Program Area | 03 | (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP) |
| Paragraph Number | 8307 | |
| Version Number | 00006 | |
| Effective Date | 2012 | (YYMMDD) |
| Title | Citizenship Immigration | |
| Comment | Question 10 | |
| Reason Code | Z61, Z85, Z62, Z86, Z05 and Z49 | |

Proof of identity, United States citizenship or satisfactory immigration status 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? Who? SSN (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? Who? SSN (If you have one)

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

c. The following person(s) **must** send proof showing the person's current U.S. citizenship or immigration status.

| | | | |
|-------|------------------------|----------------|----------|
| Name: | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | Date of Birth: | XX/XX/XX |
| Name: | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | Date of Birth: | XX/XX/XX |

If you were pregnant, 60 days after your pregnancy ends (called the post-partum period), you will no longer be eligible for Medicaid unless you are a citizen, qualified alien or have satisfactory immigration status and are otherwise eligible. 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.

I no longer want Medicaid or Family Planning Extension Program benefits for myself after my 60 day post-partum period ends.

~S/

El presentar un comprobante de identidad, de ciudadanía estadounidense o de situación aprobada de inmigración, es uno de los requisitos de habilitación de Medicaid.

Si usted declara que es ciudadano estadounidense, pero no ha sometido comprobante de ciudadanía, suministre su número de seguro social o comprobante de que ha solicitado uno; Medicaid verificará su número de seguro social y fecha de nacimiento, inclusive los datos de identidad por medio de un cruzamiento electrónico de datos con los archivos de la Administración del Seguro Social. Si el cruzamiento de datos no da resultado, es posible que se le exija **comprobante** de identidad y ciudadanía estadounidense. Comprobante de identidad y de ciudadanía estadounidense requiere de documentos originales o de copias certificadas por la agencia emisora.

- a. Alguna de las personas que solicita una renovación no ha suministrado comprobante de ciudadanía estadounidense? Quien? SSN (No. de Seguro Social si tiene uno)

Si usted es un inmigrante pero todavía no ha sometido comprobante de identidad y estado migratorio, o si su situación de inmigración ha cambiado, debe enviarnos comprobante. Envíe comprobante de la agencia federal de inmigración que muestre su situación migratoria actual.

- b. Ha cambiado la situación migratoria de alguna de las personas que solicita una renovación? Quien? SSN (si tiene uno)

- c. La(s) siguiente(s) persona(s) **debe(n)** enviar comprobante de ciudadanía estadounidense o situación migratoria.

Nombre: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Fecha de nacimiento: XX/XX/XX
Nombre: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Fecha de nacimiento: XX/XX/XX

Si usted estaba embarazada, 60 días posteriores a la finalización de su embarazo (conocido como el período postpartum), ya no podrá recibir Medicaid a menos que usted sea ciudadana estadounidense, extranjero habilitado o tenga una situación aprobada de inmigración y reúna los demás requisitos. Si usted no ha comprobado su ciudadanía estadounidense o estado migratorio aprobado durante el período en el que recibe Medicaid ni tampoco nos envía comprobante con esta renovación, le garantizamos 24 meses de servicios de planificación familiar bajo el Programa de Extensión de Planificación Familiar.

Si necesita Medicaid para cubrir tratamiento de una afección médica de emergencia por embarazo, se le podrá extender cobertura de Medicaid sin importar su estado migratorio o si usted es o no ciudadano estadounidense.

Marque esta casilla si ya no quiere recibir Medicaid o Programa de Extensión de Planificación Familiar una vez concluido el período postparto de 60 días.

Ya no quiero recibir cobertura de Medicaid o del Programa de Extensión de Planificación Familiar para mí una vez concluido el período postparto de 60 días.