

CNS Paragraph Form

Date: 09.14.2017

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	8309	
Version Number	00007	
Effective Date	2017	(YYMMDD)
Title	Health Insurance	
Comment	Renewal question 5	
Reason Code	Z61, Z85, Z62 and Z86	

NEW OR CHANGED HEALTH INSURANCE SINCE YOU LAST APPLIED OR RENEWED:

a. Has anyone who had health insurance coverage **lost** the coverage?

No.

Yes. Who?

Insurance company name:

Date Coverage Ended:

b. 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.

No.

Yes. 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, list employer name, address, and telephone number below:

d. If you do not have Medicare and you have End Stage Renal Disease (ESRD), or have Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), or you are 65 years of age or older, you must apply for Medicare and show proof of application.

~S\

SEGURO MÉDICO NUEVO O QUE CAMBIÓ DESDE LA ÚLTIMA VEZ QUE PRESENTÓ LA SOLICITUD O HIZO LA RENOVACIÓN:

a. ¿Alguna de las personas tuvo cobertura de seguro médico y **perdió** la cobertura?

No.

Sí. ¿Quién?

Nombre de la compañía de seguros:

Fecha en que terminó la cobertura:

b. ¿Alguna persona **comenzó** a recibir cobertura de seguro médico (incluido Medicare o un seguro médico a largo plazo) que no sea Medicare? Es posible que podamos pagar el costo de sus primas de seguro médico si es económico.

No.

Sí. 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", enumere el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador:

d. Si no tiene Medicare y tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o esclerosis lateral amiotrófica (ALS), o tiene 65 años de edad o más, debe solicitar Medicare y presentar una constancia de solicitud.