

TERMS, RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

By completing and signing this form, I am applying to renew Medicaid and/or Family Planning Benefit Program 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 and/or Family Planning Benefit Program 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 unless the person is the spouse and the applicant's eligibility depends on the amount of resources owned by the spouse. 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).

TERMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al completar y firmar este formulario, estoy solicitando renovar la cobertura de Medicaid o de Family Planning Benefit Program.

Comprendo que debo proporcionar la informacion necesaria para probar mi elegibilidad para cada programa. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente de cualquier cambio en la informacion incluida en este formulario. Si no puedo obtener la informacion, se lo informare al distrito de servicios sociales. El distrito de servicios sociales puede ayudar a obtener la informacion.

Comprendo que los trabajadores de los programas para los cuales los miembros de la familia o yo estamos renovando, pueden revisar la informacion que proporcione para este formulario. Las agencias que administran estos programas mantendran esta informacion confidencial de acuerdo con 42 U.S.C. 1396a (a) (7) y 42 CFR 431.300-431.307, y con cualquier reglamento o ley estatal y federal.

Comprendo que la cobertura de Medicaid o Family Planning Benefit Program no pagara los gastos medicos que el seguro u otra persona deberia pagar, y que otorgo a la agencia todos mis derechos de buscar y recibir apoyo medico de un conyuge o padres de personas menores de 21 anos y mi derecho a buscar y recibir pagos de terceros por el tiempo completo en que reciba los beneficios.

Presentare cualquier reclamo por los beneficios de seguro medico o de accidente o cualquier otro recurso para el que tenga derecho. Comprendo que tengo el derecho de decir que tengo una buena causa (una buena razon) para no cooperar con el uso del seguro medico si su uso podria causar dano a mi salud o seguridad o a la salud o seguridad de alguien por quien soy legalmente responsable.

Comprendo que mi elegibilidad para estos programas no se vera afectada por mi raza, color o nacionalidad. Tambien comprendo que dependiendo de los requisitos de estos programas individuales, mi edad, sexo, discapacidad o condicion de ciudadania pueden ser un factor para ser o no ser elegible.

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

Comprendo que cualquier persona que mienta u oculte la verdad intencionadamente con el fin de recibir los servicios bajo estos programas esta cometiendo un crimen y esta sujeto a las multas federales y estatales y es posible que tenga que pagar nuevamente el monto de beneficios recibidos y pagar las multas civiles. El Departamento de Impuestos y Finanzas del estado de Nueva York tiene el derecho de revisar la informacion de ingresos en este formulario.

CERTIFICACION DE ESTADO DE CIUDADANIA/INMIGRACION Certifico, bajo pena de perjurio, mediante mi firma en este formulario, que yo o la persona por quien firmo es ciudadano de los Estados Unidos o nacional de los Estados Unidos o tiene un estado de inmigracion satisfactorio. El termino "estado de inmigracion satisfactorio" significa un estado de inmigracion que no hace a la persona no elegible para los beneficios. **Informacion importante:** Los Servicios de Ciudadania e Inmigracion de Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) han indicado que la inscripcion en Medicaid NO PUEDE afectar la capacidad de una persona de obtener una green card (tarjeta verde), convertirse en ciudadano, patrocinador de un familiar o viajar dentro y fuera del pais (excepto si Medicaid paga atencion a largo plazo en un lugar como un hogar de ancianos o un hospital psiquiatrico). **El estado no transmitira ninguna informacion en esta solicitud a USCIS.**

NUMERO DE SEGURO SOCIAL Todos los solicitantes deben proporcionar un numero de seguro social o prueba de que han solicitado uno o tratado de solicitar uno. Las unicas excepciones son las mujeres embarazadas, los inmigrantes indocumentados y los no inmigrantes temporales que estan solicitando el tratamiento de una condicion medica de emergencia y ciertos inmigrantes maltratados. Los numeros de seguro social no son necesarios para miembros de la familia del solicitante que no estan solicitando los beneficios a menos que la persona sea el conyuge y la elegibilidad de solicitante depende del monto de recursos adeudado por el conyuge. Esa divulgacion la requiere la ley federal en 42 U.S.C. 1320b-7 (a) y las regulaciones de Medicaid en 42 CFR 435.910. Los numeros de seguro social se utilizan de muchas maneras, tanto dentro del Departamento de Servicios Sociales (DSS) como entre DSS y las agencias federales, estatales y locales, tanto en Nueva York como en otras jurisdicciones. Algunos usos de los numeros de seguro social son: para revisar la identidad, para identificar y verificar el ingreso devengado y no devengado, para ver si los padres sin tutela pueden obtener cobertura de seguro medico para los solicitantes, para ver si los solicitantes pueden obtener apoyo medico, para ver si los solicitantes pueden obtener dinero u otra ayuda y para verificar recursos con instituciones financieras para los beneficiarios y su conyuge no solicitante. Los numeros de seguro social tambien pueden utilizarse para identificar al beneficiario dentro y entre las agencias gubernamentales centrales de Medicaid para asegurarse de que los servicios adecuados se encuentren disponibles para el beneficiario.

DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA Yo doy mi consentimiento para divulgar cualquier informacion medica acerca de mi persona y cualquier miembro de mi familia para quien puedo dar consentimiento: por mi Proveedor de atencion primaria, cualquier otro proveedor de atencion primaria o el Departamento de Salud del estado de Nueva York (SDOH) a mi plan medico y cualquier proveedor de atencion medica involucrado en cuidar de mi o de mi familia, segun sea razonablemente necesario para que mi plan medico o mis proveedores lleven a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atencion medica; por mi plan medico y cualquier proveedor de atencion medica a SDOH y cualquier otra agencia federal, estatal o local autorizada para propositos de administracion de Medicaid; y, por mi plan medico a otras personas u organizaciones segun sea razonablemente necesario para que mi plan medico lleve a cabo el tratamiento, pago u otras operaciones de atencion medica. Ademas acepto que la informacion divulgada puede incluir informacion sobre VIH, salud mental o abuso de alcohol o sustancias relacionadas conmigo y los miembros de mi familia hasta donde lo permita la ley. Si mas de un adulto en la familia se une al plan medico de Medicaid, la firma de cada adulto que realice la solicitud es necesaria como consentimiento para divulgar la informacion.

ATENCION ADMINISTRADA DE MEDICAID Si estoy agregando a un miembro de la familia a un caso de Medicaid y vivo en un condado que requiere que los beneficiarios de Medicaid se unan a un plan medico, entiendo que este miembro de la familia se inscribira en el mismo plan medico que mi familia, a menos que el o ella este exento o excluido.

DIVULGACION DE LOS EXPEDIENTES EDUCATIVOS Autorizo al Departamento local de Servicios Sociales y al estado de Nueva York para obtener cualquier informacion en relacion con los expedientes educativos de mis hijos, aqui nombrados, necesaria para el reclamo de los reembolsos de Medicaid para los servicios educativos relacionados con la salud y para proporcionar acceso a la agencia gubernamental federal adecuada a esta informacion para el proposito exclusivo de auditoria.

PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA Si se evalua a mi hijo o el participa en el Programa de intervencion temprana del estado de Nueva York (New York State Early Intervention Program), doy permiso al Departamento local de Servicios Sociales y al estado de Nueva York para que compartan la informacion de elegibilidad para Medicaid de mi hijo con el Programa de intervencion temprana de mi condado, con el proposito de facturar a Medicaid.

Autorizo compartir esta informacion con cualquier centro de salud con base escolar que proporcione servicios a los solicitantes.