

CNS Paragraph Form

Date: 12.16.2014

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	R0033	
Version Number	00006	
Effective Date	2015	(YYMMDD)
Title	Cover Letter For FPBP Renewal Form	
Comment		
Reason Code	Z48 (Z87/R9933 is the system generated version)	

**FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM
RENEWAL FORM**

THIS NOTICE CONTAINS IMPORTANT RENEWAL INFORMATION FOR THE FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM. FAILURE TO RETURN THIS INFORMATION WILL MEAN YOU WILL LOSE YOUR HEALTH CARE COVERAGE.

Every 12 months, you or your representative must renew your eligibility for the Family Planning Benefit Program. You must provide the information that follows and return it **with this letter** and any documentation that may be required to the following address by **(date)**.

You do not need to send proof of your income. You must send proof of your health insurance premium, if any, and other changes that have occurred in your household in the past year, such as someone started to get other health insurance coverage from an employer. The following are documents the Medicaid program will accept as proof of health insurance premium and private or employer based health insurance.

HEALTH INSURANCE PREMIUMS (Provide, if applicable. If you are under age 21 and do not want your available health insurance billed, do not provide insurance policy information. If you are age 21 or over you must provide insurance policy information, unless good cause is granted.)

Letter from Premium statement Pay stub
employer

PRIVATE OR EMPLOYER BASED HEALTH INSURANCE (Provide only if new or changed since you last applied/renewed)

- Insurance policy; **or**
- Medicare Card (Red, white and blue card).
- Premium statement; **or**
- Insurance Card; **or**
- Termination letter; **or**

If you want to be evaluated for Medicaid coverage, contact your worker.

You may call the social services office for help with this form. The telephone number is at the top of this form.

Please write your case number, which is at the top of this form, on the application form, in the box at the top that says "Tell us who you are and how to contact you".

MAKE SURE YOU ANSWER EVERY QUESTION NEEDED FOR THE FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM AND SIGN THE FORM. RETURN THE FORM , THIS LETTER, AND ANY REQUIRED DOCUMENTATION BY MAIL OR IN PERSON TO THE SOCIAL SERVICES OFFICE. YOU DO NOT NEED TO COME IN FOR AN INTERVIEW.

BE SURE TO COMPLETE THE BACK OF THE FORM.

Please print clearly. Please ask for help if there is anything you do not understand.

SECTION A: APPLICANT INFORMATION

Tell us who you are and how to contact you. (PLEASE USE YOUR FULL LEGAL NAME)

First Name, Middle Initial, Last Name				Primary Language		
Home Address	Street	Apt. No.	City	State	Zip Code	County of Residence

If you cannot receive mail or a benefit card at your home address due to confidentiality concerns or for other reasons, please give a different address below. If you do not need to give a different mailing address, please check the box marked "No confidential address needed".

No Confidential address needed.

Mailing Address	Street	Apt. No.	City	State	Zip Code	Phone Number
-----------------	--------	----------	------	-------	----------	--------------

Are you a veteran? Yes No

SECTION B: HOUSEHOLD INFORMATION

List your name and the names of the people in your family who live with you. You may list your spouse and your children under 21, even though they are not applying.

First Name, Middle Initial, Last Name (Use another page if you need to list more people)	Relationship to Person on Line 1	Date Of Birth (MM/DD/YY)	Sex M or F	FOR FPBP APPLICANT ONLY	
				Social security Number	Race/Ethnic Group (See Codes Below)
1	Self	/ /			
2					
3					
4					

Race/Ethnic Group Codes: **A:** Asian **B:** Black or African American **H:** Hispanic or Latino **I:** American Indian or Alaskan Native **P:** Native Hawaiian or Other Pacific Islander **W:** White **U:** Unknown

SECTION C: INCOME

List ALL of the type(s) and amount(s) of money you receive. Be sure to include earnings from work (including self-employment, unemployment benefits, interest, Social Security benefits, pensions, disability payments, money from relatives or friends, or any other payments).

Type of Current Income (Wages, UIB, SSA Benefits)	Amount if Gross Income (Before Taxes/Deductions)	How Often is the Income Received? (Weekly, Every Two Weeks, Monthly, Other)

If you have no income, please explain how you are meeting your needs (for example, living with friends or relatives):

Do you have any unpaid medical bills, related to family planning, for the last 3 months? Yes No
If **Yes**, you must provide proof of your income and residency for the month(s) when unpaid services were received.

Have you started or ended a job in the last 6 months? If **Yes**, please give details below:

SECTION D:	CITIZENSHIP
------------	-------------

Are you a U.S. citizen, national or Native American? Yes No

If **No**, please give the following information. Your answers to these questions will be kept completely confidential.

First Name, Middle Initial, Last Name	Please mark one box that indicates your current Citizenship or Immigration Status
	<input type="checkbox"/> Immigrant/non-citizen Enter the date you entered the United States ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Non-immigrant (Visa holder) <input type="checkbox"/> None of the above

SECTION E:	HEALTH INSURANCE
------------	------------------

You may still be eligible even if you have other health insurance, especially if it does not cover family planning services, or if you have a "good cause" reason that your health insurance should not be billed.

Do you have coverage through any of the following? Medicaid Medicare Child Health Plus

Do you have other private health insurance? Yes No I Don't Know If **YES**:

Name(s) of Person(s) Covered	
Name of Subscriber/Policy holder	
Insurance Company Name	Group/Policy Number

Will billing any other health insurance cause harm to your physical or emotional health or safety, and/or will it interfere with the privacy and confidentiality of your application for or receipt of family planning services? Yes No

If **Yes**, please ask your provider to call for "Good Cause"

GOOD CAUSE AUTHORIZATION

If above answer is **Yes**, provider must call 1-800-541-2831 for Good Cause Authorization.
 (This does not need to be done if this application is accompanying a PE Screening and authorization for Good Cause was granted at that time).

Good Cause Authorization Call Date: _____ Approved? Yes No

Name of Call Center Representative: _____ Duration of Good Cause: From _____ to _____

CONFIDENTIALITY STATEMENT

All of the information you provide on this application will remain confidential. The only people who will see this information are the enrollment facilitators and the state or local agencies and family planning providers who need to know this information in order to determine if you (the applicant) are eligible. The person helping you with this application cannot discuss the information with anyone, except a supervisor or the state or local agencies or family planning providers who need this information.

INSTRUCTIONS

These are the instructions for completing the Family Planning Benefit Program application. This application is for people applying for the Family Planning Benefit Program (FPBP) only.

You must sign the declination on the application that you do not want your eligibility determined for Medicaid. You may apply for Medicaid anytime in the future. The Medicaid program covers many other health care services in addition to family planning services. If you want your eligibility determined for Medicaid, you should apply through the NY State of Health website at <http://healthbenefitexchange.ny.gov/>.

Please read the entire application and instructions before you fill out the application. You may attach an additional sheet of paper if there is not enough room for your answers on the application.

SECTION A:	APPLICANT INFORMATION
------------	-----------------------

In this section, we ask for the applicant's name and information about how to contact the applicant. The home address is where the persons applying for the FPBP live. The mailing address, if different, is where the Common Benefit card, all notices and other information will be sent.

If you wish to use a different mailing address for confidential purposes, please tell the person who is interviewing you, and complete the section entitled "Mailing Address (if different)" to assure all correspondence will be sent to the address you request.

Also, please answer whether anyone in the household is a veteran.

SECTION B:	HOUSEHOLD INFORMATION
------------	-----------------------

List your name and the names of the people in your family who live with you. Listing other household members may allow us to give you a higher eligibility level. You may list your spouse and your children (who are under 21), even though they are not applying. Fill out the information requested for each household member listed:

- A social security number must be provided for the person applying. If you do not have a social security number, you must apply for one. It is not needed for other household members.
- Race/Ethnic Group: This information is optional. It is asked to make sure all people have access to the program. If you fill out this information, use one of the codes shown on the application that best describes the person's race or ethnic background.

SECTION C:	INCOME
------------	--------

In this section, list all types of income and the gross amount you receive. Be sure to include current earnings from work, self-employment, unemployment benefits, interest, Social Security Benefits, pension, disability payments, money from relatives or friends or any other type of payments received.

If you have no income, please explain how you are being supported.

If you have any unpaid medical bills, related to family planning, from the last 3 months, you must provide proof of your income and residency for the month(s) when unpaid services were received.

Be sure to list your gross income, which is the amount before any taxes or deductions are taken.

To prevent delays, please explain if you have recently started or ended a job. Our computer system searches for income matches. Explain any matches we may find that are not consistent with the current income information you have provided.

SECTION D:	CITIZENSHIP
------------	-------------

This information is required for all people applying for family planning benefits. The State will not report any information on this application to the USCIS, formerly the INS. You must provide documentation of citizenship and identity according to Federal guidelines. The person helping you with your application will tell you what are considered acceptable forms of documentation.

For US Citizens, the State will do a data match using your Social Security Number to verify identity, citizenship and date of birth.

SECTION E:	HEALTH INSURANCE
------------	------------------

It is important to tell us whether you have health insurance or are covered by someone else's insurance, because:

- It helps us determine which insurance should pay first. Medicaid is always the payer of last resort; any other insurance you may have will be billed before Medicaid.
- If you are covered by someone else's insurance, notification may be send to the policyholder indicating that family planning services were paid on your behalf.

If you have Medicaid, Medicare, or Child Health Plus, please let us know. This may help us reduce paperwork for you.

If you do not know if you are covered by other health insurance, please check "I Don't Know".

If you want this application and receipt of FPBP to be kept confidential from the health insurance policyholder, please check "Yes" in the box for the question that asks if billing any other health insurance will cause you harm or interfere with your privacy and confidentiality. You should let the person assisting you with the application know this too.

Please be sure to supply us with a confidential mailing address and contact number so we are able to keep all information regarding your application and any subsequent notices (including renewal information) private if you are found eligible. If your residential or mailing addresses change, please be sure to let your Department of Social Services know as soon as possible.

Please sign your name and date the application on the back page.

TERMS, RIGHTS, AND RESPONSIBILITIES

By completing and signing this application, I am applying for the Family Planning Benefit Program (FPBP). I agree to the release of personal and financial information from this application and any other information to determine eligibility. I understand that I may be asked for more information. I agree to immediately report any changes to the information on this application.

I understand that I must provide the information needed to prove my eligibility, if I have been unable to get the information, I will tell the New York State Department of Health (SDOH) or its designee. The SDOH or its designee may be able to help in getting the information.

I understand the FPBP may check the information given by me for this application without my confidentiality being compromised. The state, social services district and provider who assist in completing this application will keep the 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 my eligibility for this program will not be affected by my race, color, disability, sex, or national origin. I also understand that depending on the requirements of this program my citizenship status may be a factor in whether or not I am eligible.

I understand that anyone who knowingly lies or hides the truth in order to receive services under this program is committing a crime and subject to federal and state penalties and may have to repay the amount of benefits received and may also be given civil penalties.

I understand that I must provide documentation of my citizenship and identity to the SDOH or its designee or to the Family Planning Provider on behalf of the SDOH to receive Family Planning Benefits. I also understand that SDOH or its designee can assist me in determining my status and obtaining any necessary documents if I request help. Once I have provided my documents proving my citizenship and identity, I will not have to provide them again. If I am filling out this form as a mail-in renewal, and have not yet provided these documents, I will need to provide them.

Immigration: United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) has said that enrollment in Medicaid CANNOT affect a person's ability to get an identification 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 a psychiatric hospital).

The State will not report any information on this application to the USCIS.

ASSIGNMENT OF RIGHTS FOR MEDICAL SUPPORT AND THIRD PARTY PAYMENT

I understand that FPBP does not pay medical expenses that insurance or another person is supposed to pay, unless there is good cause not to use other insurance. All persons applying for FPBP are required to give the SDOH or its designee any rights they may have to medical support or other insurance payment for family planning services, unless they request and receive a good cause exemption. When I sign this application for myself, or for another person for whom I can legally give away rights, I am giving to the SDOH or its designee all of my right to receive medical support and third party payments for family planning services for the entire time I am on Medicaid.

REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES

After the date of my application, reimbursement of covered family planning services and supplies will only be available if obtained from Medicaid-enrolled providers.

SOCIAL SECURITY NUMBER (SSN)

I understand that I must give my SSN in order to receive FPBP. This is required by section 1137(a) of the Social Security Act and the Medicaid regulations (42 CFR 435.910 and 42 U.S.C. 1320b-7(a)). The FPBP will use the SSN to verify my income, eligibility and the amount of medical assistance payments made on my behalf. The information may be matched with records in other agencies, such as the Social Security Administration and/or the Internal Revenue Service.

CONFIDENTIALITY STATEMENT

All of the information you provide to us will remain confidential. The only people who will see this information are the state or local agencies and the person assisting you in completing the application that need to know this information in order to determine if you are eligible. The person helping you with this application cannot discuss the information with anyone, except a supervisor or the state or local agencies that need this information.

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I consent to the release of any medical information about me and any member of my family for whom I can give consent by: my Primary Care Providers, any other health care provider, or the SDOH or its designee and any health care provider involved in caring for me or my family, as reasonably necessary for my providers to carry about treatment, payment, or health care operations, to SDOH or its designee and other authorized federal state, and local agencies for purposed of administration of the Medicaid program. 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 extent permitted by law.

I certify that I have read and understand the Terms, Rights and Responsibilities above. I certify under penalty of perjury that everything on this application is the truth as best I know.

Date: _____ Applicant's Signature: _____

DECLINATION OF MEDICAID ELIGIBILITY DETERMINATION

I, _____, have been informed of the enhanced benefits and additional services and coverage available under Medicaid. I choose not to apply for Medicaid at this time, and have requested an eligibly determination for the Family Planning Benefit Program only. I understand that I may apply for Medicaid or other insurance programs at any time in the future if I wish.

Date: _____

Applicants' Signature: _____

Provider/Medicaid Staff Signature: _____

AUTHORIZED REPRESENTATIVE DESIGNATION

By signing below, you are allowing another person or agency to apply for Family Planning Benefits for you, discuss your application or case if needed, and receive notices and/or correspondence on your behalf.

Name and address of person or agency to be given general health information:

Name: _____

Address: _____

Phone Number: () _____

Date: _____

Applicant's Signature: _____

Representative's Signature: _____

PROGRAMA DE BENEFICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR FORMULARIO DE RENOVACION

LA PRESENTE NOTIFICACION CONTIENE INFORMACION IMPORTANTE DE RENOVACION DEL PROGRAMA DE BENEFICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. SI NO REGRESA LOS DATOS SOLICITADOS, PERDERA LA COBERTURA ACTUAL DE SEGURO DE SALUD.

Cada 12 meses, usted o su representante debe renovar la habilitacion para recibir beneficios del Programa de Planificacion Familiar. Debe proporcionarnos la informacion indicada a continuacion, la que deberemos tener de regreso, junto **con esta carta** y toda otra documentacion requerida a la siguiente direccion, para el **(date)**.

No necesita mandar comprobante de sus ingresos. Debe enviarnos comprobante de prima de seguro de salud, si la hubiese, y de todo otro cambio que se haya dado en la situacion de su hogar en el ultimo ano, tales como por ejemplo si alguien comenzo a recibir cobertura de seguro de salud por parte del empleador. Los siguientes son documentos que el Programa de Medicaid aceptara como comprobante de primas de seguro de salud y comprobante de seguro medico privado o patrocinado por el empleador.

PRIMAS DE SEGURO DE SALUD (Proporcione, si corresponde. Si usted tiene menos de 21 anos de edad y no quiere que se facture su seguro medico actual, no suministre datos sobre la poliza de seguro medico. Si usted tiene 21 anos de edad o mas, debe suministrar datos sobre la poliza de seguro medico, a no ser que se le haya otorgado motivo justificado).

Carta del
empleador

Resumen de primas

Talon de cheque
salarial

SEGURO DE SALUD PRIVADO O POR PARTE DEL EMPLEADOR (Proporcione solamente si es un nuevo seguro o si se han producido cambios desde la ultima vez que usted presento una solicitud o una renovacion).

- Poliza de seguro;
- Tarjeta de Medicare (tarjeta roja, blanca y azul)
- Resumen de primas;
- Tarjeta de seguro;
- Carta de baja;

Si desea que se le evalúe para cobertura de Medicaid, pongase en contacto con la persona a cargo de su caso.

Puede llamar a la oficina de servicios sociales si necesita ayuda para rellenar este formulario. El numero de telefono se indica en la parte superior de este formulario.

Escriba su numero de caso, este aparece en la parte superior de este formulario, en el formulario de solicitud, en el casillero superior que dice "Diganos quien es usted y como contactarnos con usted".

ASEGURESE DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS NECESARIAS PARA EL PROGRAMA DE BENEFICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y FIRME EL FORMULARIO. REGRESE EL FORMULARIO, ESTA CARTA Y LA DOCUMENTACION REQUERIDA, YA SEA POR CORREO O EN PERSONA A LA OFICINA DE SERVICIOS SOCIALES. NO NECESITA PRESENTARSE EN PERSONA PARA UNA ENTREVISTA.

ASEGURESE DE RELLENAR EL DORSO DEL FORMULARIO.

Escriba claramente con letra de molde. Pida ayuda si hay algo que no comprende.

SECCIÓN A	INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE
------------------	------------------------------------

Díganos quién es y cómo podemos comunicarnos con usted. (UTILICE SU NOMBRE LEGAL COMPLETO)

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido				Idioma principal		
Dirección del domicilio	Calle	N.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Condado de residencia

Si no puede recibir correo o una tarjeta de beneficios en la dirección de su domicilio por asuntos de confidencialidad o por otras razones, proporcione una dirección postal diferente a continuación. Si no necesita proporcionar una dirección postal diferente, marque la casilla 'No se necesita una dirección confidencial'.

No se necesita una dirección confidencial.

Dirección postal	Calle	N.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
------------------	-------	--------------	--------	--------	---------------	--------------------

¿Es usted veterano? Sí No

SECCIÓN B	INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR
------------------	---------------------------------------

Indique su nombre y los nombres de las personas en su familia que viven con usted. Puede incluir a su cónyuge y a sus hijos menores de 21 años, aunque ellos no estén presentando una solicitud.

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido (Utilice otra hoja si necesita incluir a más personas)	Relación con la persona en la Línea 1	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo M o F	SOLO PARA SOLICITANTES DE FPBP	
				Número de seguro social:	Raza/grupo étnico (Consulte los códigos a continuación)
1	Self	/ /			
2					
3					
4					

Códigos de raza/grupo étnico: A: Asiático B: Negro o afroamericano H: Hispano o latino I: Indio americano o nativo de Alaska P: Nativo de Hawaii u otra isla del pacífico W: Blanco U: Desconocido

SECCIÓN C	INGRESO
------------------	----------------

Describa TODOS los tipos y cantidades de dinero que recibe. Asegúrese de incluir los ingresos del trabajo (incluyendo empleo independiente), beneficios por desempleo, intereses, beneficios del Seguro Social, pensiones, pagos por discapacidad, dinero de familiares o amigos o cualquier otro pago.

Tipo de ingreso (salario, UIB, beneficios SSA)	Cantidad del ingreso bruto (Antes de impuestos/deducciones)	¿Con qué frecuencia recibe ingresos? (semanal, quincenal, mensual, otros)

Si no tiene ingresos, explique cómo cubre sus necesidades (por ejemplo, vive con amigos o familiares):

¿Tiene alguna factura por servicios médicos no pagada, con relación a la planificación familiar, de los últimos 3 meses? Sí No
Sí, debe proporcionar evidencia de su ingreso y residencia para los meses cuando recibió los servicios no pagados.

¿Ha empezado o terminado un trabajo en los últimos 6 meses? Si es así, proporcione los detalles a continuación:

SECCIÓN D	CIUDADANÍA
-----------	------------

¿Es usted un ciudadano estadounidense, nacionalizado o nativo americano? Sí No
Si no es así, proporcione la siguiente información. Sus respuestas a estas preguntas se mantendrán completamente confidenciales.

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Marque una casilla que indique su estado de ciudadanía o migratorio actual.
	<input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Escriba la fecha en la que ingresó a Estados Unidos ____ / ____ / ____
	<input type="checkbox"/> No inmigrante (titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores

SECCIÓN E	SEGURO MÉDICO
-----------	---------------

Es posible que todavía sea elegible si tiene otro seguro médico, especialmente si no cubre los servicios de planificación familiar o si tiene una razón de 'buena causa' por la que su seguro médico no debería facturarse.

¿Tiene cobertura a través de alguno de los siguientes? Medicaid Medicare Child Health Plus

¿Tiene otro seguro médico privado? Sí No No sé Si es así:

Nombres de las personas cubiertas	
Nombre del titular/suscriptor de la póliza	
Nombre de la compañía de seguros	Número de grupo/póliza

¿Facturar cualquier otro seguro médico dañará su salud o seguridad física o emocional o interferirá con la privacidad y confidencialidad de su solicitud o de recibir servicios de planificación familiar? Sí No

Si es así, pida a su proveedor que se base en 'Buena causa'

AUTORIZACIÓN POR BUENA CAUSA

Si la respuesta anterior es Sí, el proveedor debe llamar al 1-800-541-2831 para obtener una Autorización por buena causa.
(No es necesario hacerlo si esta solicitud está acompañada por una Prueba de detección de PE y se otorgó una autorización por Buena causa en ese momento).

Fecha de la llamada para la Autorización por buena causa: _____ ¿Aprobada? Sí No

Nombre del representante del Centro de llamadas: _____

Duración de la buena causa: Desde _____ hasta _____

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que proporciona en esta solicitud permanecerá confidencial. Las únicas personas que verán esta información son los asistentes de afiliación y las agencias locales o estatales y los proveedores de planificación familiar que necesiten conocer esta información con el fin de determinar si usted (el solicitante) es elegible. La persona que le ayude con esta solicitud no puede discutir la información con nadie, excepto con un supervisor o las agencias locales o estatales o proveedores de planificación familiar que necesiten esta información.

INSTRUCCIONES

Estas son las instrucciones para completar la solicitud del Programa de Beneficios de planificación familiar. Esta solicitud es solo para personas que solicitan el Programa de Beneficios de planificación familiar (Family Planning Benefit Program, FPBP).

Debe firmar el rechazo en la solicitud indicando que no desea que se determine su elegibilidad para Medicaid. Puede solicitar Medicaid en cualquier momento en el futuro. El programa Medicaid cubre muchos otros servicios de atención médica además de los servicios de planificación familiar. Si desea que se determine su elegibilidad para Medicaid, deberá solicitarlo a través del sitio web de NY State of Health en <http://healthbenefitexchange.ny.gov/>.

Lea la solicitud e instrucciones completas antes de empezar a llenar la solicitud. Puede adjuntar una hoja adicional de papel si no tiene suficiente espacio para sus respuestas en la solicitud.

SECCIÓN A	INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE
-----------	-----------------------------

En esta sección, le pedimos su nombre legal completo e información sobre cómo comunicarnos con usted. La dirección de domicilio es en donde vive. La tarjeta de identificación para Beneficios comunes, todos los avisos y otra información se enviarán a su dirección de domicilio a menos que proporcione una dirección postal distinta.

Si desea usar una dirección postal diferente por motivos de confidencialidad, indíquelo a la persona que le está ayudando y complete la sección llamada 'Dirección postal' para asegurarse de que toda la correspondencia se le enviará a la dirección que solicita. Si no necesita usar una dirección postal diferente, marque la casilla 'No se necesita una dirección confidencial'.

Para evitar retrasos, marque la casilla o proporcione una dirección postal diferente.

SECCIÓN B	INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR
-----------	--------------------------------

Indique su nombre y los nombres de las personas en su familia que viven con usted. El enumerar otros miembros del hogar nos permite darle un nivel más alto de elegibilidad. Puede incluir a su cónyuge y a sus hijos (menores de 21 años), aunque ellos no estén presentando una solicitud. Llene la información solicitada para cada miembro del hogar que se describe:

- Se debe proporcionar un número de seguro social para la persona que presenta la solicitud. Si no tiene un número de seguro social, debe solicitar uno. No es necesario para otros miembros del hogar.
- Raza/grupo étnico: esta información es muy valiosa. Se solicita para asegurarnos de que todas las personas tengan acceso al programa. Si llena esta información, utilice uno de los códigos que se muestran en la solicitud que describa mejor su raza o antecedentes étnicos.

SECCIÓN C	INGRESO
-----------	---------

En esta sección, describa todos los tipos de ingreso y el monto bruto que recibe. Asegúrese de incluir los ingresos actuales del trabajo, empleo independiente, beneficios por desempleo, intereses, beneficios del Seguro Social, pensiones, pagos por discapacidad, dinero de familiares o amigos o cualquier otro tipo de pago recibido.

Si no tiene un ingreso, explique de qué vive.

Si tiene alguna factura médica sin pagar, relacionada con la planificación familiar, de los últimos 3 meses, debe proporcionar evidencia de su ingreso y residencia para los meses en los que recibió los servicios no pagados.

Asegúrese de describir su ingreso bruto, el cual es el monto antes de cualquier impuesto y deducción.

Para evitar retrasos, explique si recientemente empezó o terminó un empleo. Nuestro sistema informático busca coincidencias del ingreso. Explique cualquier coincidencia que podamos encontrar que no coincida con la información sobre el ingreso actual que proporcionó.

SECCIÓN D

CIUDADANÍA

Esta información es necesaria para todas las personas que solicitan el Programa de Beneficios de planificación familiar. El Estado no transmitirá ninguna información en esta solicitud a USCIS, anteriormente el INS. Debe proporcionar la documentación de ciudadanía e identidad de acuerdo con los lineamientos Federales.

La persona que le ayuda con su solicitud le indicará cuáles se consideran formas aceptables de documentación.

Para los ciudadanos de EE. UU., el Estado realizará una coincidencia de datos usando su Número de seguro social para verificar la identidad, ciudadanía y fecha de nacimiento.

SECCIÓN E

SEGURO MÉDICO

Es importante que nos indique si tiene seguro médico o si está cubierto por el seguro médico de alguien más, debido a que:

- Esto nos ayuda a determinar qué seguro deberá pagar primero. Medicaid siempre es el pagador de último recurso; se le facturará a cualquier otro seguro que tenga antes que a Medicaid.
- Si está cubierto por el seguro de alguien más, es posible que se envíe una notificación al titular de la póliza que indique que los servicios de planificación familiar se pagaron en su nombre.

Si tiene Medicaid, Medicare o Child Health Plus, háganoslo saber. Esto nos puede ayudar a reducir la documentación para usted.

Si no sabe si está cubierto por otro seguro médico, marque 'No sé'.

Si desea que esta solicitud y la recepción de FPBP se mantenga confidencial del titular de la póliza de seguro médico, marque 'Sí' en la casilla para la pregunta que indica si la facturación por cualquier otro seguro médico podría dañar o interferir con su privacidad o confidencialidad. Deberá informar a la persona que le ayuda con la solicitud, también.

Asegúrese de proporcionarnos una dirección de correo confidencial y número de contacto para que podamos mantener privada toda la información con relación a su solicitud y cualquier otro aviso posterior (incluyendo la información de renovación) si se determina que usted es elegible. Si su dirección de residencia o postal cambia, asegúrese de informar a su Departamento de Servicios sociales local tan pronto como sea posible.

Firme con su nombre y escriba la fecha en su solicitud en la página de atrás.

TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al completar y firmar esta solicitud, solicito el Programa de Beneficios de Planificación Familiar (Family Planning Benefit Program, FPBP). Estoy de acuerdo en divulgar información personal y financiera de esta solicitud y cualquier otra información para determinar la elegibilidad. Comprendo que existe la posibilidad que se me solicite más información. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente de cualquier cambio en la información incluida en esta solicitud.

Entiendo que debo proporcionar la información necesaria para comprobar mi elegibilidad, si no he podido obtener la información, le indicaré al New York State Department of Health (SDOH) o su designado. El SDOH o su designado puede ayudar a obtener la información.

Entiendo que FPBP puede verificar la información que proporcioné para esta solicitud sin que mi confidencialidad se vea comprometida. El estado, el distrito de servicios sociales y el proveedor que ayudan a completar esta información, mantendrán la información confidencial de acuerdo con 42 U.S.C. 1396a(a)(7) y 42 CFR 431.300-431.307 y cualquier reglamento y ley estatal y federal.

Comprendo que mi elegibilidad para este programa no se verá afectada por mi raza, color, discapacidad, sexo o nacionalidad. También comprendo que dependiendo de los requisitos de este programa, mi condición de ciudadanía puede ser un factor para ser o no elegible.

Comprendo que cualquier persona que mienta u oculte intencionadamente la verdad para recibir los servicios bajo este programa está cometiendo un delito y está sujeto a las multas federales y estatales y es posible que tenga que reembolsar el monto de los beneficios recibidos y que también reciba multas civiles.

Entiendo que debo proporcionar documentos de mi ciudadanía e identidad al SDOH o a su designado o al Proveedor de planificación familiar en nombre del SDOH para recibir los Beneficios de planificación familiar. También entiendo que el SDOH o su designado pueden ayudarme a determinar mi estado y obtener cualquier documento necesario, si solicito ayuda. Una vez haya proporcionado mis documentos que comprueben mi ciudadanía e identidad, no tendré que volverlos a proporcionar. Si lleno este formulario como una renovación por correo y todavía no he proporcionado estos documentos, deberé proporcionarlos.

Inmigración: Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) ha indicado que la inscripción en Medicaid NO PUEDE afectar la capacidad de una persona de obtener una tarjeta de identificación, convertirse en ciudadano, patrocinador de un familiar o viajar dentro y fuera del país (excepto si Medicaid paga atención a largo plazo en un lugar como un hogar de ancianos o un hospital psiquiátrico).

El Estado no transmitirá ninguna información en esta solicitud a USCIS.

ASIGNACIÓN DE DERECHOS PARA APOYO MÉDICO Y PAGO DE TERCEROS

Entiendo que FPBP no paga los gastos médicos que la aseguradora u otra persona deba pagar, a menos que exista una buena causa para no usar otro seguro. Todas las personas que soliciten FPBP deben proporcionar al SDOH o a su designado cualquier derecho que pueda tener para apoyo médico u otro pago de seguro por servicios de planificación familiar, a menos que soliciten y reciban una exención de buena causa. Cuando firme esta solicitud por mí mismo, o por otra persona a quien pueda otorgar legalmente los derechos, otorgo al SDOH o a su designado todos mis derechos de recibir apoyo médico y pagos de terceros para los servicios de planificación familiar durante todo el tiempo en el que participe en Medicaid.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Después de la fecha de mi solicitud, el reembolso de los servicios y suministros de planificación familiar cubiertos solo estarán disponibles si se obtienen de los proveedores inscritos en Medicaid.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (NSS)

Entiendo que debo proporcionar mi NSS para recibir FPBP. Esto lo requiere la sección 1137(a) de la Ley de Seguridad Social y las regulaciones de Medicaid (42 CFR 435.910 y 42 U.S.C. 1320b-7(a)). FPBP utilizará el NSS para verificar mi ingreso, elegibilidad y el monto de pagos de asistencia médica hechos en mi nombre. La información puede corroborarse con los registros en otras agencias, como la Administración de Seguridad Social y/o el Servicio de Rentas Internas.

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que nos proporciona permanecerá confidencial. Las únicas personas que verán esta información son las agencias estatales o locales y la persona que le ayuda a completar la solicitud que necesita saber esta información para determinar si usted es elegible. La persona que le ayude con esta solicitud no puede discutir la información con nadie, excepto con un supervisor o las agencias locales o estatales que necesiten esta información.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Otorgo mi consentimiento de divulgación de cualquier información médica sobre mí y cualquier miembro de mi familia para quienes yo pueda dar mi consentimiento: mis Proveedores de atención primaria, cualquier otro proveedor de atención médica o SDOH o su designado y cualquier proveedor de atención médica involucrado en proporcionarme atención a mí o a mi familia, según sea razonablemente necesario para que mis proveedores lleven a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, a SDOH o su designado y otras agencias federales, estatales o locales autorizadas para propósitos de administración del programa Medicaid. Además acepto que la información divulgada puede incluir información sobre VIH, salud mental o abuso de alcohol o sustancias relacionada conmigo y los miembros de mi familia hasta donde lo permita la ley.

Certifico que he leído y comprendo los Términos, derechos y responsabilidades anteriormente. Certifico bajo pena de perjurio que toda la información en esta solicitud es verdadera según mi leal saber y entender.

Fecha: _____ Firma del solicitante: _____

RECHAZO DE LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE MEDICAID

Yo, _____, he recibido información sobre los beneficios mejorados y servicios adicionales y la cobertura disponible bajo Medicaid. Elijo no solicitar Medicaid en este momento y he solicitado una determinación de elegibilidad solamente para el Programa de Beneficios de planificación familiar. Entiendo que puedo solicitar Medicaid u otro programa de seguro en cualquier momento en el futuro, si lo deseo.

Fecha: _____

Firma del solicitante: _____

Firma del proveedor/personal de Medicaid: _____

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Al firmar a continuación, usted permite que otra persona o agencia solicite los Beneficios de planificación familiar en su nombre, discuta su solicitud o caso, si fuera necesario, y reciba notificaciones y/o correspondencia en su nombre.

Nombre y dirección de la persona o agencia a quien se le entregará la información general de salud:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: () _____

Fecha: _____

Firma del solicitante: _____

Firma del representante: _____