

CNS Paragraph Form

Date: 12.10.2014

Program Area	03	(01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number	8201	
Version Number	00009	
Effective Date	2015	(YYMMDD)
Title	Cover Letter For Renewal form	
Comment		
Reason Code	Z61 (Z85/8211 is the system generated version)	

MEDICAID, FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM RENEWAL FORM

- It is time to renew your health insurance benefits.
- You must answer **all** the questions and return this form and any required documentation to the following address by **(date)**.

- If you do not complete and return this form, you will lose your health insurance. If we are paying your Medicare premium or other health insurance premium, we will also stop making these payments.
- You must return this form even if you have told us you moved to another county.
- This form is not complete until you sign and date it.
- Please read the Terms, Rights, and Responsibilities.

Important Instructions-Please Read this Page

- To determine your eligibility, the amount of income you report will be compared to available computer matches.
- **You do not need to send proof of income at this time unless the renewal form says you must.** However, since the amount you report may not match the amount found in the computer matches, you may wish to submit proof of your income to be sure that you receive the correct coverage.
- You may be asked to provide proof of your income at a later date. If needed, you will be contacted and told what to send in. The enclosed "Documentation Checklist" shows you the things you can use as proof of these items.

You may call your local department of social services for help with this form. If you need help finding contact information for your local Department of Social Services, please call the NY State Medicaid Help Line at 1-800-541-2831 or visit the NY State Department of Health Web site at http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm.

**MAKE SURE YOU ANSWER EVERY QUESTION AND SIGN THE FORM.
RETURN ALL PAGES AND ANY REQUIRED DOCUMENTATION BY MAIL OR IN PERSON TO THE
SOCIAL SERVICES OFFICE.
YOU DO NOT NEED TO COME IN FOR AN INTERVIEW.**

~S/

**FORMULARIO DE RENOVACION DE MEDICAID, PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR.**

- Es tiempo de renovar sus beneficios de seguro de salud.

- Usted debe contestar **todas** las preguntas y devolver este formulario y toda documentacion solicitada a la siguiente direccion para el (**date**).
-
-
-

- Si usted no rellena y devuelve este formulario, perdera su seguro de salud. Si actualmente estamos pagando sus primas del seguro de salud de Medicare o de otro seguro de salud, tambien dejaremos de hacer esos pagos.
- Usted debe devolver este formulario aunque ya nos haya informado que se mudo a otro condado.
- Este formulario no se considera completamente relleno hasta que usted lo firme y lo feche.
- Favor de leer los Terminos, Derechos y Obligaciones.

Instrucciones importantes – Lea esta pagina

- Para determinar su elegibilidad, la cantidad de ingresos que reporto se comparara con coincidencias disponibles de computadora.
- **No es necesario que envíe constancias de ingresos o recursos en este momento a menos que el formulario de renovacion indique que debe hacerlo.** Sin embargo, debido a que la

cantidad que reporto puede no coincidir con la cantidad encontrada en las coincidencias de computadora, es posible que desee enviar su constancia de ingresos para asegurarse de recibir la cobertura correcta.

- Es posible que se le solicite que proporcione constancia de sus ingresos mas adelante. Si fuera necesario nos comunicaremos con usted y le indicaremos que debe enviar. La “lista de control de documentacion” adjunta le indica las cosas que puede usar como constancia de estos elementos.

Puede llamar a su departamento local de servicios sociales para recibir asistencia con este formulario. Si necesita ayuda para encontrar informacion de contacto del Departamento de Servicios Sociales de su localidad, llame al NY State Medicaid Help Line al 1-800-541-2831 o visite el sitio Web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm.

**ASEGURESE DE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS Y DE FIRMAR EL FORMULARIO.
DEVUELVA TODAS LAS PAGINAS Y DOCUMENTACION REQUERIDA POR CORREO
O PERSONALMENTE A LA OFICINA DE SERVICIOS SOCIALES.
NO ES NECESARIO QUE SE PRESENTE A UNA ENTREVISTA.**