

निर्देश:

- कृपया साफ़ - साफ़ प्रिंट करें। छायांकित क्षेत्रों में न लिखें।
- फॉर्म को पूरी तरह और सटीकता से भरें।
- पिछले पेज पर फॉर्म पर हस्ताक्षर करें।
- इस पुनःप्रमाणीकरण को सूचीबद्ध पते पर लौटाएँ।

स्थानीय ज़िले का नाम और पता

--

पुनर्माणन प्रतिबिंबित करता है

- कोई बदलाव नहीं होता है
 बदलाव
 उत्कृष्ट दस्तावेज़ की आवश्यकता है

केंद्र/कार्यालय [][][]	यूनिट आईडी [][][][]	कार्यकर्ता आईडी [][][][][]	मामले का प्रकार 2 0	मामले की संख्या [][][][][][][][]	ज़िला
केस का नाम	साक्षात्कार किये गये व्यक्ति का नाम			श्रेणियाँ	

MA पात्रता संबंधी तारीखें

इससे			इस तक		
महीना	दिन	वर्ष	महीना	दिन	वर्ष

प्राप्तकर्ता की जानकारी

पहला नाम	एमआई	उपनाम	जन्म की तारीख		
			महीना	दिन	वर्ष

लिंग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> X	लैंगिक पहचान (वैकल्पिक)* (नीचे कोड देखें)
--	---

*लैंगिक पहचान: लैंगिक पहचान यह है कि आप स्वयं को कैसे समझते हैं और स्वयं को क्या कहते हैं। आपकी लैंगिक पहचान जन्म के समय निर्धारित आपके लिंग के समान या भिन्न हो सकती है। लैंगिक पहचान कोड: M-पुरुष, F-महिला, N-नॉन-बाइनरी या नॉन-कन्फर्मिंग, X-X, T-ट्रांसजेंडर, D-अलग पहचान: दिए गए स्थान में अपनी पहचान का वर्णन करें।

सामाजिक सुरक्षा संख्या	प्राप्तकर्ता को ज्ञात अन्य नामों की सूची बनाएं	ओएनसी
------------------------	--	-------

प्राप्तकर्ता की सुविधा का नाम और पता

प्राप्तकर्ता के जीवनसाथी की जानकारी

जीवनसाथी का पहला नाम	एमआई	जीवनसाथी का उपनाम	जन्म की तारीख		
			महीना	दिन	वर्ष

जीवनसाथी की मृत्यु हो चुकी है <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	क्या जीवनसाथी आवेदन कर रहे हैं/पुनःप्रमाणित कर रहे हैं/प्राप्त कर रहे हैं? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	जीवनसाथी का सामाजिक सुरक्षा नंबर
---	--	----------------------------------

जीवनसाथी का पता	जीवनसाथी का फ़ोन नंबर ()
-----------------	------------------------------

सूची और अन्य नाम जिनसे आपका जीवनसाथी जाना जाता है	ओएनसी
---	-------

परिवार के किसी भी आश्रित सदस्य की सूची बनाएं जो आपके जीवनसाथी के साथ रहता हो	परिवार के सदस्य का सामाजिक सुरक्षा नंबर	परिवार के सदस्य की जन्मतिथि		
		महीना	दिन	वर्ष

परिवार के सदस्य का आपसे या आपके जीवनसाथी से क्या संबंध है?
--

इस फॉर्म को भरने वाले व्यक्ति का नाम और पता (यदि प्राप्तकर्ता या प्राप्तकर्ता के पति या पत्नी के अलावा अन्य)	व्यक्ति का फ़ोन नंबर ()
--	-----------------------------

संसाधन

छायादार क्षेत्र में न लिखें।

प्राप्तकर्ता के पास मौजूद किसी भी संसाधन की सूची बनाएं:

	हां	नहीं	\$ मूल्य	खाता संख्या	जगह की जानकारी
व्यक्तिगत आकस्मिक खाता (Personal Incidental Account, PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
बचत खाता (बैंक, क्रेडिट यूनियन में जमा राशि की जांच/बचत/प्रमाणपत्र)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
मुकदमे के निपटारे, विरासत की अपेक्षा करें	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
न्यास निधि	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
बीमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
वार्षिकी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
स्टॉक, बांड, बचत बांड	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
रियल एस्टेट (अवकाश संपत्ति और होमस्टेड सहित)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
आय उत्पादक संपत्ति	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
गैर-आय-उत्पादक संपत्ति	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
खुद का घर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
म्यूचुअल फंड	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
IRA, KEOGH, 401-K, आस्थगित कॉम्प।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
अन्य पेंशन या सेवानिवृत्ति खाता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
दफन निधि, दफन ट्रस्ट, दफन स्थान (कब्रिस्तान भूखंड), अंतिम संस्कार समझौता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
अन्य संसाधन (कृपया निर्दिष्ट करें)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
मोटर गाड़ी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		वर्ष	निर्माण
					मॉडल

क्या आपने या आपके जीवनसाथी ने पिछले 60 महीनों के भीतर कोई नकदी, आय, अचल संपत्ति, या अन्य संपत्ति बेची, दी या हस्तांतरित की है?

हां	नहीं	परिसंपत्ति	\$ मूल्य	यह किसके पास गया?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

आय	प्राप्तकर्ता की आय			जीवनसाथी की आय			परिवार के सदस्य की आय		
	हां	नहीं	\$ राशि	हां	नहीं	\$ राशि	हां	नहीं	\$ राशि
प्राप्तकर्ता, प्राप्तकर्ता के पति/पत्नी या आश्रित परिवार के सदस्य की किसी भी आय की सूची बनाएं:									
सामाजिक सुरक्षा/रेलवे सेवानिवृत्ति	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
पेंशन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
वयोवृद्ध पेंशन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
IRA, KEOGH, 401-K, आस्थगित मुआवजा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
गुजारा भत्ता/पति-पत्नी का भुगतान	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
बंधक/किराये से आय	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
वार्षिकी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
बैंक खातों, म्यूचुअल फंड, स्टॉक, क्रेडिट यूनिट से ब्याज	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
स्टॉक, बांड, म्यूचुअल फंड से लाभांश	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
अन्य आय जैसे विकलांगता लाभ, SSI, रोजगार वगैरह। (कृपया निर्दिष्ट करें)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
क्या आप किसी ट्रस्ट, मुकदमा निपटान, विरासत आदि से आय प्राप्त करने की उम्मीद करते हैं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

स्वास्थ्य बीमा

क्या आपके पास मेडिकेयर (लाल, सफेद और नीला कार्ड) है?	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	यदि हां, <input type="checkbox"/> भाग A <input type="checkbox"/> भाग B
क्या आपके जीवनसाथी या आश्रित परिवार के सदस्य के पास Medicare है?	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	यदि हां, <input type="checkbox"/> भाग A <input type="checkbox"/> भाग B
क्या आप, आपका जीवनसाथी या परिवार का कोई आश्रित सदस्य किसी स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत कवर है, जैसे नियोक्ता, यूनियनों, सेवानिवृत्ति प्रणाली द्वारा प्रदान की गई योजनाएं; समर्थन आदेश, निजी बीमा योजना या वीए के तहत कवरेज?	<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं	
कवर किए गए व्यक्ति(व्यक्तियों) का नाम		
प्रीमियम का भुगतान कौन करता है		
बीमा कंपनी का नाम		
पॉलिसी संख्या		
पॉलिसी किसे कवर करती है?		
पॉलिसी की प्रभावी तारीख		
प्रीमियम की राशि और कितनी बार भुगतान किया गया?		

आवास व्यय

क्या आपके जीवनसाथी का आवास व्यय है? हां नहीं यदि हां, तो नीचे मांगी गई जानकारी भरें।

मासिक किराये की राशि	मासिक मोटोरेज की गई राशि	मासिक कर राशि	मासिक हीट बिल
\$	\$	\$	\$

केवल आवेदक के लिए जाति/जातीय संबद्धता

(पूरा करना वैकल्पिक है। हालाँकि, यदि पूरा नहीं किया गया है, तो साक्षात्कारकर्ता को इसे अवलोकन द्वारा रिकॉर्ड करना पड़ सकता है। यह जानकारी केवल यह सुनिश्चित करने के लिए इकट्ठा की जा रही है कि सभी को उचित आधार पर सहायता/देखभाल मिले। यह जानकारी आपकी पात्रता को प्रभावित नहीं करेगी।) मैं हूँ: (केवल एक को जाँचें)

नस्ल/जातीय समूह कोड: B-काला या अफ्रीकी अमेरिकी W-सफेद H-हिस्पैनिक या लातीनी *A-एशियाई या प्रशांत द्वीपवासी

मैं-अमेरिकी भारतीय या अलास्का मूल निवासी *P-मूलनिवासी हवाईयन या अन्य प्रशांत द्वीपवासी U-अज्ञात O-अन्य।

*यदि आपने A-एशियन, या P-नेटिव हवाईयन या पैसिफिक आइलैंडर का चयन किया है, तो कृपया अन्य AAPI पर नीचे दी गई जानकारी देखें।

†अन्य एशियाई अमेरिकी/प्रशांत द्वीपवासी (वैकल्पिक) - कृपया अपने AAPI उपसमूह की पहचान करें। इस समुदाय के उपसमूहों में निम्नलिखित शामिल हैं, लेकिन ये इन्हीं तक सीमित नहीं हैं: चीनी, जापानी, फिलिपिनो, कोरियाई, वियतनामी, कम्बोडियन, इंडोनेशियाई, पाकिस्तानी, श्रीलंकाई, ताइवानी, मूल हवाईयन, समोअन, टोंगन, गुआमनियन या चमोरो, मार्शलज़, फ़िज़ियन, और अन्य।

गैर-भेदभाव नोटिस - इस आवेदन पर जाति, रंग, लिंग, विकलांगता, धार्मिक पंथ, राष्ट्रीय पंथ, राष्ट्रीय मूल या राजनीतिक मान्यताओं की परवाह किए बिना विचार किया जाएगा।

सामाजिक सुरक्षा संख्या - Medicaid (MA) के लिए आवेदन करने वाला व्यक्ति किसी भी व्यक्ति की सामाजिक सुरक्षा संख्या का खुलासा करेगा जिसके लिए मेडिकेड का अनुरोध किया गया है, सिवाय इसके कि जब व्यक्ति एक गैर-दस्तावेज विदेशी है जो केवल आपातकालीन चिकित्सा की स्थिति में इलाज के लिए एमए की मांग कर रहा है। 18NYCRR और 42 USC 1320b-7 की धारा 351.2 और 360-1.2 के अधिकार के तहत Medicaid के लिए ऐसा प्रकटीकरण अनिवार्य है। सामाजिक सुरक्षा नंबरों का उपयोग Medicaid के लिए आवेदकों और प्राप्तकर्ताओं की उचित पहचान प्रदान करने और आय, पात्रता और लाभ की मात्रा को सत्यापित करने के लिए किया जाता है। हम आईआरएस अनर्जित आय डेटा के साथ मिलान करने के लिए और अर्जित आय से जुड़े डेटा के लिए न्यूयॉर्क राज्य श्रम विभाग के साथ मिलान करने के लिए आपके सामाजिक सुरक्षा नंबर का भी उपयोग करेंगे।

सहमति - मैं समझता हूँ कि इस आवेदन/प्रमाणन फॉर्म पर हस्ताक्षर करके मैं मेरे द्वारा दी गई जानकारी को सत्यापित या पुष्टि करने के लिए सामाजिक सेवा विभाग (Department of Social Services) द्वारा की गई किसी भी जांच या Medicaid के लिए मेरे अनुरोध के संबंध में उनके द्वारा की गई किसी भी अन्य जांच के लिए सहमत हूँ। यदि अतिरिक्त जानकारी का अनुरोध किया जाता है, तो मैं इसे प्रदान करूँगा।

परिवर्तन - मैं अपनी सर्वोत्तम जानकारी या विश्वास के अनुसार अपनी आवश्यकताओं, आय, संपत्ति, रहने की व्यवस्था या पते में किसी भी बदलाव के बारे में एजेंसी को तुरंत सूचित करने के लिए सहमत हूँ।

बीमा और अन्य लाभों का समनुदेशन - मैं स्वास्थ्य या दुर्घटना बीमा लाभ या किसी अन्य संसाधन के लिए कोई भी दावा दायर करूँगा जिसके लिए मैं हकदार हूँ, और इसके द्वारा ऐसे किसी भी संसाधन को सामाजिक सेवा अधिकारी को सौंपूँगा जिसके लिए यह आवेदन किया गया है। इसके अलावा, मैं उस सामाजिक सेवा अधिकारी को लाभ या संसाधनों का कोई भी आवश्यक असाइनमेंट करने में सहायता करूँगा, जिसके लिए यह आवेदन किया गया है।

प्रत्यक्ष भुगतान - मैं मुझे या मेरे परिवार के सदस्यों को स्वास्थ्य या दुर्घटना बीमा लाभ के लिए भुगतान को सीधे चिकित्सा और अन्य स्वास्थ्य सेवाओं के लिए उचित सामाजिक सेवा अधिकारी को करने के लिए अधिकृत करता हूँ, जबकि हम Medicaid के लिए पात्र हैं।

MEDICARE - मैं "Medicare" (शीर्षक XVIII का भाग बी, अनुपूरक चिकित्सा बीमा कार्यक्रम) के तहत मेडिकेयर के लिए योग्य होने के दौरान चिकित्सा और अन्य स्वास्थ्य सेवाओं के लिए Medicaid भविष्य में मुझे दिए गए किसी भी अवैतनिक बिल पर चिकित्सकों और चिकित्सा आपूर्तिकर्ताओं को सीधे भुगतान करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

दंड - मैं समझता हूँ कि मेरे आवेदन की जांच की जा सकती है, और मैं ऐसी जांच में सहयोग करने के लिए सहमत हूँ। संघीय और राज्य कानून जुर्माना, कारावास या दोनों के दंड का प्रावधान करते हैं यदि आप Medicaid लाभों के लिए आवेदन करते समय या किसी भी समय जब आपसे आपकी पात्रता के बारे में पूछताछ की जाती है, तो आप सच्चाई नहीं बताते हैं, या किसी और को आपके आवेदन के बारे में सच्चाई नहीं बताने या आपकी निरंतर पात्रता के लिए मजबूर करते हैं। यदि आप Medicaid के लिए अपनी प्रारंभिक और निरंतर पात्रता के संबंध में तथ्यों को छिपाते हैं या प्रकट करने में विफल रहते हैं तो जुर्माना भी लागू होता है या यदि आप ऐसे तथ्यों को छिपाते हैं या प्रकट करने में विफल रहते हैं जो किसी ऐसे व्यक्ति के अधिकार को प्रभावित करेगा जिसके लिए आपने Medicaid लाभ प्राप्त करने या प्राप्त करना जारी रखने के लिए आवेदन किया है; और ऐसे लाभों का उपयोग उस दूसरे व्यक्ति के लिए किया जाना चाहिए, न कि आपके लिए।

संघीय और राज्य कानून में प्रावधान है कि किसी व्यक्ति या उसके पति या पत्नी द्वारा उस महीने के पहले दिन से ठीक पहले साठ महीने के भीतर या उसके बाद उचित बाजार मूल्य से कम मूल्य पर संपत्ति का कोई भी हस्तांतरण, जिसमें यदि बाद में व्यक्ति संस्थागत हो जाता है, या आवेदन की तारीख एक संस्थागत व्यक्ति के रूप में Medicaid के लिए होती है, तो व्यक्ति नर्सिंग सुविधा सेवाओं के लिए अयोग्य हो सकता है।

प्रमाणीकरण - इस आवेदन पर हस्ताक्षर करते समय, मैं शपथ लेता हूँ और पुष्टि करता हूँ कि Medicaid के आधार के रूप में मैंने सामाजिक सेवा विभाग को जो जानकारी दी है या दूँगा वह सही है। मैं सामाजिक सेवा विभाग को अपने समर्थन के लिए कानूनी जिम्मेदारी वाले व्यक्तियों से समर्थन प्राप्त करने और अन्य तृतीय-पक्ष संसाधनों को आगे बढ़ाने के अधिकार भी सौंपता हूँ। मैं समझता हूँ कि Medicaid की प्राप्ति पर, एक ग्रहणाधिकार दायर किया जा सकता है और कुछ परिस्थितियों में मेरी वास्तविक संपत्ति के खिलाफ वसूली की जा सकती है, ऐसा तब होता है, जब मैं एक चिकित्सा संस्थान में हूँ और घर लौटने की उम्मीद नहीं है। मैं समझता हूँ कि मेरी ओर से भुगतान किया गया Medicaid उन व्यक्तियों से वसूला जा सकता है, जिन पर चिकित्सा सेवाएं प्राप्त करने के समय मेरे समर्थन की कानूनी जिम्मेदारी थी।

प्राप्तकर्ता का हस्ताक्षर	तारीख पर हस्ताक्षर किए	जीवनसाथी का हस्ताक्षर	तारीख पर हस्ताक्षर किए
प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तारीख पर हस्ताक्षर किए		
कार्यकर्ता का हस्ताक्षर	तारीख पर हस्ताक्षर किए	पर्यवेक्षक के हस्ताक्षर	तारीख पर हस्ताक्षर किए