

निर्देशनहरू

- कृपया स्पष्ट रूपमा लेख्नुहोस्। छायादार क्षेत्रहरूमा नलेख्नुहोस्।
- फारम पूर्ण र सही रूपमा भर्नुहोस्।
- पछाडिको पृष्ठमा फारममा हस्ताक्षर गर्नुहोस्।
- सूचीबद्ध ठेगानामा यो पुनः प्रमाणीकरण फर्काउनुहोस्।

स्थानीय जिल्लाको नाम र ठेगाना

पुनः प्रमाणीकरण प्रतिबिम्बित गर्दछ

- कुनै परिवर्तन छैन  
 परिवर्तन गर्नुहोस्  
 निलम्बन कागजातमा यी शामिल छैनः

केन्द्र/कार्यालय	एकाइ आईडी	कामदार आईडी	मामिलाको प्रकार	मामिलाका नम्बर	जिल्ला
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20	<input type="text"/>	
मामिलाको नाम	अन्तर्वाता लिने व्यक्तिको नाम			श्रेणीहरू	

MA योग्यता मितिहरू

देखि			सम्म		
महिना	दिन	वर्ष	महिना	दिन	वर्ष

प्राप्तकर्ताको जानकारी

पहिलो नाम	बीचको प्रथमाक्षर	थर	जन्ममिति		
			महिना	दिन	वर्ष

लिङ्ग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> X	लैङ्गिक पहिचान (वैकल्पिक)* (तलको कोडहरू हेर्नुहोस्)
---	---

\*लैङ्गिक पहिचान: लैङ्गिक पहिचान भनेको तपाईं आफैलाई कसरी हेर्नुहुन्छ र तपाईं आफैलाई के भन्नुहुन्छ भन्ने हो। तपाईंको लैङ्गिक पहिचान जन्मको समयमा तोकिएको तपाईंको लिङ्ग भन्दा समान वा फरक हुन सक्छ। लैङ्गिक पहिचान कोडः

**M**-पुरुष, **F**-महिला, **N**-गैर-बाइनरी वा गैर-अनुरूप, **X-X**, **T**-तेस्रो लिङ्गीका, **D**-फरक पहिचान गर्नुहोस्; प्रदान गरिएको खाली स्थानमा तपाईंको पहिचान वर्णन गर्नुहोस्।

सामाजिक सुरक्षा नम्बर	प्राप्तकर्ता चिनिने अन्य नामहरूका सूची बनाउनुहोस्	ONC
-----------------------	---	-----

प्राप्तकर्ताको सुविधाको नाम र ठेगाना

प्राप्तकर्ताको पति वा पत्नीको जानकारी

पहिलो नाम	बीचको प्रथमाक्षर	थर	जन्ममिति		
			महिना	दिन	वर्ष

पति वा पत्नीको मृत्यु भइसकेको छ <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	के पति वा पत्नीले आवेदन/पुनः प्रमाणीकरण/प्राप्त गर्दछ? <input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन	पति वा पत्नीको सामाजिक सुरक्षा नम्बर
--	---	--------------------------------------

पति वा पत्नीको ठेगाना	पति वा पत्नीको फोन नम्बर ( )
-----------------------	---------------------------------

तपाईंको पति वा पत्नी चिनिने अन्य नामहरूका सूची बनाउनुहोस्	ONC
---	-----

तपाईंको पति वा पत्नीसँग बस्ने कुनै पनि आश्रित परिवारका सदस्यलाई सूचीबद्ध गर्नुहोस्	परिवारका सदस्यको सामाजिक सुरक्षा नम्बर	परिवारका सदस्यको जन्ममिति		
		महिना	दिन	वर्ष

परिवारका सदस्यको तपाईं वा तपाईंको पति वा पत्नीसित कस्तो सम्बन्ध छ?

यो फारम पूरा गर्ने व्यक्तिको नाम र ठेगाना (प्राप्तकर्ता वा प्राप्तकर्ताको पति वा पत्नी बाहेक अन्य भएमा)	व्यक्तिको फोन नम्बर ( )
---	----------------------------

प्राप्तकर्तासँग हुन सक्ने कुनै पनि संसाधन सूचीबद्ध गर्नुहोस्:

	छ	छैन	\$ मूल्य	खाता नम्बर	स्थान
व्यक्तिगत आकस्मिक खाता (Personal Incidental Account, PIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
बचत खाता (जाँच/बचत/बैंक, क्रेडिट युनियनमा जम्मा भएको प्रमाणपत्र)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
मुकदमा निपटान, उत्तराधिकारको अपेक्षा गर्नुहोस्	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ट्रस्ट कोष	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
जीवन बिमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
वार्षिकी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
स्टक, बन्ड, बचत बन्ड	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
घरजग्गा (विदाको सम्पत्ति र होमस्टे सहित)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
आय-उत्पादक सम्पत्ति	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
गैर-आय-उत्पादक सम्पत्ति	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
आफ्नै घर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
म्युचुअल फण्ड	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
IRA, KEOGH, 401-K, स्थगित क्षतिपूर्ति	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
अन्य पेन्सन वा सेवानिवृत्ति खाता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
दफन कोष, दफन ट्रस्ट, दफन ठाउँ (कब्रिस्तान प्लट), अन्त्येष्टि सम्झौता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
अन्य स्रोतहरू (कृपया निर्दिष्ट गर्नुहोस्)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
मोटर वाहन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		वर्ष	बनाइएको मोडेल

के तपाईं वा तपाईंको पति वा पत्नीले गत 60 महिनामा कुनै नगद, आय, अचल सम्पत्ति वा अन्य सम्पत्ति बेच्नुभएको छ, दिनुभएको छ वा स्थानान्तरण गर्नुभएको छ?

छ	छैन	सम्पत्ति	\$ मूल्य	यो कसलाई गयो?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

आम्दानी	प्राप्तकर्ताको आय			पति वा पत्नीको आम्दानी			पारिवारिक सम्मेलन		
	छ	छैन	\$ रकम	छ	छैन	\$ रकम	छ	छैन	\$ रकम
प्राप्तकर्ता, प्राप्तकर्ताको पति वा पत्नी वा आश्रित परिवारका सदस्यले प्राप्त गर्न सक्ने कुनै पनि आय सूचीबद्ध गर्नुहोस्:									
सामाजिक सुरक्षा/रेलमार्ग सेवानिवृत्ति	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
पेन्सन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
वयोवृद्ध पेन्सन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRA, KEOGH, 401-K, स्थगित क्षतिपूर्ति	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
भत्ता/पति/पत्नी भुक्तानी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
धितो/भाडा आम्दानी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
वार्षिकी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
बैंक खाता, म्युचुअल फण्ड, स्टक, क्रेडिट इकाईबाट ब्याज	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
स्टक, बन्ड, म्युचुअल फण्डबाट लाभांश	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
अन्य आय जस्तै असक्षमता लाभ, SSI, रोजगारी आदि। (कृपया निर्दिष्ट गर्नुहोस्)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
के तपाईं ट्रस्ट, मुकदमा निपटान, विरासत, आदिबाट आय प्राप्त गर्ने आशा गर्नुहुन्छ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

स्वास्थ्य बीमा	
के तपाईंसँग Medicare (रातो, सेतो र नीलो कार्डहरू) छन्?	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन छ भने, <input type="checkbox"/> भाग A <input type="checkbox"/> भाग B
के तपाईंको पति वा पत्नी वा आश्रित परिवारका सदस्यसँग Medicare छ?	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन छ भने, <input type="checkbox"/> भाग A <input type="checkbox"/> भाग B
के तपाईं, तपाईंको पति वा आश्रित परिवारका सदस्य कुनै पनि स्वास्थ्य बीमा योजना अन्तर्गत कभर गरिएको छ, जस्तै रोजगारदाता, युनियन वा सेवानिवृत्ति प्रणालीद्वारा प्रदान गरिएका योजनाहरू; समर्थन आदेश, निजी बीमा योजना वा VA अन्तर्गत कभरेज?	<input type="checkbox"/> छ <input type="checkbox"/> छैन
कभर गरिएको व्यक्ति(हरू) को नाम	
कसले प्रिमियम तिर्छ	
बीमा कम्पनीको नाम	
नीति नम्बर	
नीतिले कसलाई कभर गर्छ?	
नीतिको प्रभावकारी मिति	
प्रिमियमको रकम र कति पटक तिर्ने?	

### आवास खर्च

के तपाईंको पति वा पत्नीसँग आवास खर्च छ?  छ  छैन छ भने, तल अनुसूची गरिएको जानकारी भर्नुहोस्।

मासिक भाडा रकम	मासिक धितो रकम	मासिक कर रकम	मासिक गर्मी बिल
\$	\$	\$	\$

### आवेदकको लागि मात्र जाति/जातीय सम्बद्धता

(पूर्णता वैकल्पिक छ। यद्यपि, पूरा भएन भने, अन्तर्जातिकर्ताले यसलाई अवलोकनद्वारा रेकर्ड गर्नुपर्ने हुन सक्छ। यो जानकारी केवल सबैले उचित आधारमा सहायता/हेरचाह प्राप्त गर्दछ भन्ने सुनिश्चित गर्नका लागि मात्र सङ्कलन गरिएको छ। यो जानकारीले तपाईंको योग्यतालाई असर गर्दैन।) म: (मात्र एउटामा चिन्ह लगाउनुहोस्)

जाति/जातीय समूह कोडहरू:  B-अश्वेत वा अफ्रिकी अमेरिकी,  W-गोरो  H-हिस्पैनिक वा ल्याटिनो,  \*A-एशियाई वा प्रशान्त टापुवासी,

I-अमेरिकी भारतीय वा अलास्का मूल निवासी,  \*\*P-मूल हवाईयन वा अन्य प्रशान्त टापुवासी,  U-अज्ञात,  O-अन्य।

\*तपाईंले A- एशियाली वा P- मूल निवासी हवाईयन वा प्यासिफिक टापुवासी चयन गर्नुभएको छ भने कृपया अन्य AAPI मा तलको जानकारी हेर्नुहोस्।

'अन्य एशियाई अमेरिकी/प्यासिफिक टापुवासी (वैकल्पिक) - कृपया आफ्नो AAPI उपसमूह पहिचान गर्नुहोस्। यस समुदाय भित्रका उपसमूहहरू समावेश छन् तर निम्नमा मात्र सीमित छैनन्: चिनियाँ, जापानी, फिलिपिनो, कोरियाली, भियतनामी, कम्बोडियन, इन्डोनेसियाली, पाकिस्तानी, श्रीलंका, ताइवान, मूल हवाईयन, सामोन, टोङ्गन, गुआमानियन वा चामोरो, मार्शलीज, फिजियन र अन्य।

**गैर-भेदभाव सूचना** – यो आवेदन जाति, रंग, लिङ्ग, अपाङ्गता, धार्मिक सम्प्रदाय, राष्ट्रिय पंथ, राष्ट्रिय उत्पत्ति वा राजनीतिक विश्वासको ख्याल नगरी विचार गरिनेछ।

**सामाजिक सुरक्षा नम्बर – Medicaid (MA)** को लागि आवेदन गर्ने व्यक्तिले कुनै पनि व्यक्तिको सामाजिक सुरक्षा नम्बर प्रकट गर्नु पर्दछ जसको लागि Medicaid अनुरोध गरिएको छ, जब व्यक्ति एक अनिर्दिष्ट विदेशी हो जसले आपतकालीन चिकित्सा अवस्थाको उपचारको लागि MA-मात्र खोज्छ। यस्तो खुलासा 18NYCRR र 42 USC 1320b-7 को धारा 351.2 र 360-1.2 को अधिकार अन्तर्गत Medicaid को लागि अनिवार्य छ। सामाजिक सुरक्षा नम्बरहरू Medicaid को लागि आवेदकहरू र प्राप्तकर्ताहरूका उचित पहिचान प्रदान गर्न र आय, योग्यता र लाभ रकमहरू प्रमाणित गर्न प्रयोग गरिन्छ। हामीले तपाईंको सामाजिक सुरक्षा नम्बर IRS अनर्जित आय डेटासँग र कमाएको आय डेटाको लागि न्यूयोर्क राज्य श्रम विभागसँग मिलाउन प्रयोग गर्नेछौं।

**सहमति** – मैले बुझेको छु कि यो आवेदन/प्रमाणीकरण फारममा हस्ताक्षर गरेर म सामाजिक सेवा विभागद्वारा मैले दिएको जानकारी वा Medicaid को लागि मेरो अनुरोधको सम्बन्धमा उनीहरूले गरेको कुनै पनि अन्य अनुसन्धानको पुष्टि वा पुष्टि गर्नका लागि गरिएको कुनै पनि अनुसन्धानमा सहमत छु। थप जानकारी अनुरोध गरिएको छ भने, म यो प्रदान गर्नेछु।

**परिवर्तन** – म एजेन्सीलाई मेरो आवश्यकता, बस्ने व्यवस्था वा मेरो राम्रो ज्ञान वा विश्वासमा कुनै पनि परिवर्तनको बारेमा तुरुन्तै सूचित गर्न सहमत छु।

**बीमा र अन्य लाभहरूका असाइनमेन्ट** – म स्वास्थ्य वा दुर्घटना बीमा लाभ वा कुनै पनि अन्य स्रोतहरूका लागि कुनै पनि दावी फाइल गर्नेछु जुन म हकदार छु र यसद्वारा सामाजिक सेवा अधिकारीलाई त्यस्तो कुनै पनि स्रोतहरू प्रदान गर्नेछु जसलाई यो आवेदन गरिएको छ। थप रूपमा, म यो आवेदन गरिएको सामाजिक सेवा अधिकारीलाई लाभ वा स्रोतहरूका कुनै पनि आवश्यक असाइनमेन्ट गर्न मद्दत गर्नेछु।

**प्रत्यक्ष भुक्तानी** – म स्वास्थ्य वा दुर्घटना बीमा लाभहरूका लागि मलाई वा मेरो परिवारका सदस्यहरूलाई भुक्तानी गर्न अधिकृत गर्दछु जुन हामी Medicaid को लागि योग्य हुँदा चिकित्सा र अन्य स्वास्थ्य सेवाहरूका लागि उपयुक्त सामाजिक सेवा अधिकारीलाई सीधै बनाइनेछ।

**MEDICARE** – म "Medicare" (शीर्षक XVIII, पूरक चिकित्सा बीमा कार्यक्रमको भाग B) अन्तर्गत भुक्तानीहरू चिकित्सकहरू र मेडिकल आपूर्तिकर्ताहरूलाई चिकित्सा र अन्य स्वास्थ्य सेवाहरूका लागि भविष्यमा कुनै पनि अवैतनिक बिलहरूमा सीधै गर्न अधिकृत गर्दछु जब म Medicaid को लागि योग्य छु।

**दण्ड** – म बुझ्छु कि मेरो आवेदनको अनुसन्धान गर्न सकिन्छ र म यस्तो अनुसन्धानमा सहयोग गर्न सहमत छु। संघीय र राज्य कानूनहरूले जरिवाना, कैद वा दुवैको सजायको लागि प्रदान गर्दछ यदि तपाईंले Medicaid लाभहरूका लागि आवेदन गर्दा वा कुनै पनि समयमा जब तपाईंलाई तपाईंको योग्यताको बारेमा सोधपुछ गरिन्छ वा अरु कसैले तपाईंको आवेदन वा तपाईंको निरन्तर योग्यताको बारेमा सत्य बताउन सक्दैन। तपाईंले Medicaid को लागि आफ्नो प्रारम्भिक र निरन्तर योग्यता सम्बन्धी तथ्यहरू लुकाउनुभयो वा खुलासा गर्न असफल भएमा वा तपाईंले Medicaid लाभहरू प्राप्त गर्न वा प्राप्त गर्न जारी राख्ने व्यक्तिको अधिकारलाई असर गर्ने तथ्यहरू लुकाउन वा खुलासा गर्न असफल भएमा दण्ड पनि लागू हुन्छ; र त्यस्ता फाइदाहरू अरु व्यक्तिले प्रयोग गर्नुपर्छ र आफ्नो लागि होइन।

संघीय र राज्य कानूनले प्रदान गर्दछ कि कुनै व्यक्ति वा उनीहरूको पति वा पत्नीले उचित बजार मूल्य भन्दा कमको लागि सम्पत्तिको कुनै पनि स्थानान्तरण गरेको छ जुन महिनाको पहिलो दिन को ठीक अघि वा पछि व्यक्ति संस्थागत हुन्छ वा Medicaid को लागि आवेदनको मिति एउटा संस्थागत व्यक्तिको रूपमा, यदि पछि, व्यक्ति नर्सिङ सुविधा सेवाहरूका लागि अयोग्य हुन सक्छ।

**प्रमाणीकरण** – यो आवेदनमा हस्ताक्षर गर्दा, म शपथ लिन्छु र पुष्टि गर्छु कि मैले Medicaid को लागि आधारको रूपमा सामाजिक सेवा विभागलाई दिएको वा दिने जानकारी सही छ। म सामाजिक सेवा विभागलाई मेरो समर्थनको लागि कानूनी जिम्मेवारी भएका व्यक्तिहरूबाट समर्थन प्राप्त गर्न र अन्य तेस्रो-पक्ष संसाधनहरू पछ्याउन कुनै पनि अधिकारहरू पनि प्रदान गर्दछु। म चिकित्सा संस्थामा छु र घर फर्कने अपेक्षा नगरेको खण्डमा Medicaid प्राप्त गरेपछि, मेरो वास्तविक सम्पत्ति विरुद्ध धितोपत्र दायर गर्न र केही परिस्थितिहरूमा पुनः प्राप्ति गर्न सकिन्छ भन्ने मैले बुझेको छु। म बुझ्छु कि मेरो तर्फबाट तिरको Medicaid चिकित्सा सेवाहरू प्राप्त गर्दा मेरो समर्थनको लागि कानूनी जिम्मेवारी भएका व्यक्तिहरूबाट फिर्ता गर्न सकिन्छ।

प्राप्तकर्ताको हस्ताक्षर	हस्ताक्षर गरिएको मिति	पति/पत्नीको हस्ताक्षर	हस्ताक्षर गरिएको मिति
आवेदकको हस्ताक्षर	हस्ताक्षर गरिएको मिति		
कामदारको हस्ताक्षर	हस्ताक्षर गरिएको मिति	पर्यवेक्षकको हस्ताक्षर	हस्ताक्षर गरिएको मिति