GUÍA PARA COMPLETAR SU RENOVACIÓN DE MEDICAID

Human Resources Administration
Department of Social Services

Medical Assistance Program/OMR

ASISTENCIA PARA SU RENOVACIÓN DE MEDICAID/SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN GRATIS

Este folleto le ayudará a completar su Renovación. Se ha incluido una versión en inglés y una traducción. Devolver ***solo*** una. Para obtener ayuda con su Renovación, llame a la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA al 1-888-692-6116 o comuníquese con uno de los Planes de cuidado administrado que se mencionan en la página 4 de este folleto. Los clientes con discapacidad auditiva pueden llamar al 711 o al 1-718-636-7783 con un dispositivo de teléfono de texto (TTY) (no un teléfono estándar).

Los servicios de interpretación gratis están disponibles por teléfono o en cualquier oficina de Medicaid.

El resto de la página se dejó en blanco intencionalmente

CAMBIOS EN LA RENOVACIÓN POR CORREO

Puede seguir llamando a la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA al 1-888-692-6116 si tiene alguna pregunta sobre su formulario de renovación. Para recibir asistencia, también puede comunicarse con uno de los Planes de cuidado administrado que se describen en la página 4 de la Guía para completar sus formularios de renovación de Medicaid adjunta.

Esta es la **única** Solicitud de **renovación** que se le enviará de forma automática. Consérvela en un lugar seguro hasta que usted esté listo para enviárnosla. **Debe enviar su respuesta por correo antes de la fecha que figura en la página 1 de la Solicitud, de lo contrario, su cobertura podría cancelarse.**

Todavía puede hacer una evaluación previa para beneficios adicionales en el sitio de Access NYC. Para acceder, visite http://www1.nyc.gov y seleccione “Social Services” (Servicios Sociales) dentro del menú que aparece en la parte inferior de la página. El sitio es seguro y fácil de usar.

Nota:

- No es necesario que envíe una constancia de ciudadanía estadounidense en este momento. Tampoco es necesario que envíe una constancia de ingresos, a menos que en el formulario de renovación se indique que tiene que hacerlo.
  - Si así lo desea, puede enviar una o ambas ahora para garantizar que tengamos su información más exacta.
  - Si decide no enviar dichas constancias en este momento, es posible que le solicitemos que lo haga más adelante. La “Guía de documentación” de las páginas 5 y 6 de este folleto muestra los tipos de constancias que aceptamos.
- Si usted asegura que es ciudadano de los Estados Unidos, intentaremos verificar la ciudadanía mediante un cotejo electrónico. De no ser posible, le escribiremos para informárselo y le pediremos que nos envíe la constancia.
- También intentaremos verificar sus ingresos mediante un cotejo electrónico. Si los resultados de la búsqueda son diferentes de la información que usted declaró, dichos resultados se podrán usar al momento de determinar su elegibilidad.
  - Si decide no enviar dichas constancias en este momento, es posible que le solicitemos que lo haga más adelante. La “Guía de documentación” de las páginas 5 y 6 de este folleto muestra los tipos de constancias que aceptamos.
- Si se mudó recientemente de la ciudad de Nueva York a otro condado dentro del estado de Nueva York, pero todavía no se le ha abierto un caso de seguro de salud pública en el lugar donde usted vive ahora, debe completar este formulario de renovación y devolvérnoslo. Le ayudaremos a trasladar su cobertura.

PLANES DE CUIDADO ADMINISTRADO PARTICIPANTES DE MEDICAID	NÚMERO DE TELÉFONO	ÁREA ACTUAL DE SERVICIO				
		Bronx	Brooklyn	Manhattan	Queens	Staten Island
AFFINITY HEALTH PLAN	866-247-5678	●	●	●	●	●
EMBLEM HEALTH (anteriormente GROUP HEALTH INSURANCE/HIP HEALTH PLAN OF GREATER NY-GHI/HIP)	800-447-8255	●	●	●	●	●
HEALTHFIRST PHSP, INC.	866-463-6743	●	●	●	●	●
HEALTHPLUS AN AMERIGROUP COMPANY	800-950-7679	●	●	●	●	●
METRO-PLUS (METROPOLITAN HEALTH PLUS)	800-303-9626	●	●	●	●	●
NY STATE CATHOLIC HEALTH PLAN/FIDELIS	888-343-3547	●	●	●	●	●
UNITED HEALTHCARE COMMUNITY PLAN (anteriormente AMERICHOICE BY UNITED/AMERICHOICE OF NY INC.)	800-493-4647	●	●	●	●	●
WELLCARE OF NY, INC.	800-308-2571 800-215-1531	●	●	●	●	

LUGAR PARA LA RENOVACIÓN DE MEDICAID	785 Atlantic Ave. Brooklyn, NY 11238	888-692-6116

GUÍA DE DOCUMENTACIÓN PARA CONTINUAR CON SU COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

Esta es una lista de constancias que se aceptan en los Programas de Medical Assistance. Use esta guía junto con las instrucciones que se detallan en la portada del Folleto de notificación de renovación para determinar qué documentos debería presentar para poder continuar con su cobertura de atención médica.

INGRESOS:

Sueldo y salario/empleo

- Cheque/recibo de pago actual o registros de nóminas
- Declaración escrita detallada del empleador
- W-2 (solo para clientes del MBI-WPD)
- Declaración de impuestos sobre los ingresos (solo para clientes del MBI-WPD)

Trabajo independiente

- Declaración firmada del impuesto sobre los ingresos
- Registros de ganancias y gastos

Ingresos laborales	Tipo de constancia
• Si el salario sigue siendo el mismo ----------→	Copia del último recibo de pago o carta del empleador.
• Si el salario cambia de un período de pago a otro --→	Copias de recibos de pago de las últimas 4 semanas o carta del empleador.
• Si cobra alguna parte de su salario/ingreso en efectivo y su empleador no le da una constancia por escrito --→	Responda “Sí” a la primera pregunta de la parte inferior de la sección **INGRESOS** de la página 2 del Folleto de renovación
• Si es trabajador independiente ----------→	Copia de la declaración de impuestos más reciente y carta (firmada por usted) de ingresos actuales. Si los ingresos han cambiado, explique por qué.
• Si recibe beneficios de desempleo ----------→	Envíe una copia de la carta de adjudicación del seguro de desempleo o una impresión de internet del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (NYS Department of Labor): https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do

Beneficios de desempleo

- Carta de adjudicación/certificado
- Declaración o impresión de beneficios
- Carta del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York

Seguro Social

- Carta de adjudicación/certificado
- Cheque de beneficios
- Carta de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration)

Pago de servicio militar

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque

Manutención infantil/pensión alimenticia

- Carta de la persona que da el sustento o carta del tribunal
- Talón de cheque de la manutención infantil/pensión alimenticia

Compensación para trabajadores

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque

Ingresos por alquiler o alojamiento/comidas

- Carta del inquilino, huésped o arrendatario
- Talón de cheque

Intereses/dividendos/regalías

- Carta del banco o de la cooperativa de crédito
- Carta del corredor
- Carta del agente

Beneficios de veteranos de guerra

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque de beneficios
- Carta de la Administración de veteranos (Veterans’ Administration)

Pensiones/anualidades privadas

- Estado de cuenta de la pensión/anualidad

GUÍA DE DOCUMENTACIÓN PARA CONTINUAR CON SU COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA (continuación)

CIUDADANÍA: (Si usted afirma que es ciudadano estadounidense, no es necesario que envíe una constancia en este momento. Si se necesitan los documentos, usted recibirá una carta en la que serán solicitados).

- Pasaporte estadounidense
- Certificado de ciudadanía de los EE. UU
- Certificado de naturalización
- Certificado de nacimiento de los EE. UU. **y una** de las siguientes constancias de **identidad**: (1) Licencia de conducir con fotografía, u otra información que lo identifique; (2) Tarjeta de identificación escolar con fotografía; (3) Tarjeta del servicio militar de los EE. UU. o expediente de reclutamiento; (4) Tarjeta de identificación que haya emitido el gobierno federal, estatal o local con la misma información que incluye la licencia de conducir.

ESTADO INMIGRATORIO: Estos son los documentos que emite el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (United States Citizenship & Immigration Services, USCIS)

- I-551 Tarjeta de residente permanente (Green Card)
- I-94 Registro de entrada/salida
- I-688B o 1-766 Tarjeta de autorización de empleo
- I-797 (Aviso de acción) u otra correspondencia oficial para y de parte de USCIS, ICE o EIOR

CUIDADO INFANTIL/CUIDADO DE DEPENDIENTES: Los documentos deben incluir la cantidad que usted paga y la frecuencia

- Carta del centro de cuidado diurno u otro proveedor de cuidado infantil/de adultos
- Cheques o recibos cancelados que confirmen el pago de los servicios de cuidado

EMBARAZO:

- Declaración del médico/profesional médico que incluya la fecha de parto esperada

SEGURO MÉDICO PRIVADO: Los documentos deben incluir la cantidad que usted paga

- Póliza de seguro
- Certificado del seguro
- Tarjeta de seguro
- Otro comprobante del seguro privado

SE ACEPTAN FOTOCOPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS A EXCEPCIÓN DE LOS QUE SE REQUIEREN PARA COMPROBAR SU CIUDADANÍA O IDENTIDAD

TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

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

Comprendo que debo dar la información necesaria para probar mi elegibilidad para cada programa. Acepto reportar inmediatamente cualquier cambio en la información que se incluye en este formulario. Si no puedo obtener la información, se lo informaré al distrito de servicios sociales. El distrito de servicios sociales podría ayudar a obtener la información.

Entiendo que los empleados de los programas para los que mis familiares o yo solicitamos una renovación podrían revisar la información que di en este formulario. Las agencias que administran estos programas mantendrán confidencial esta información según 42 U.S.C. 1396a (a) (7) y 42 CFR 431.300-431.307 y cualquier reglamentación o ley estatal y federal.

Entiendo que la cobertura de Medicaid o del Programa de Family Planning Benefit no pagará los gastos médicos que el seguro u otra persona deba pagar, y que doy a la agencia todos mis derechos de buscar y recibir apoyo médico para un cónyuge o los padres de personas menores de 21 años, y mi derecho a buscar y recibir pagos de terceros durante todo el tiempo en que reciba los beneficios.

Presentaré cualquier reclamo por los beneficios de seguro médico o de accidente, o cualquier otro recurso al que tenga derecho. Entiendo que tengo derecho a reclamar que tengo un motivo justificado para no cooperar en el uso del seguro médico, si su uso pudiera causar daños a mi salud o mi seguridad, o a la salud y seguridad de alguien de quien soy legalmente responsable.

Entiendo que mi elegibilidad para estos programas no se verá afectada por mi raza, color o país de origen. También entiendo que, dependiendo de los requisitos de estos programas individuales, mi edad, sexo, estatus de discapacidad o de ciudadanía puede ser un factor para determinar si soy elegible o no.

Entiendo que, si mi hijo tiene Medicaid, puede obtener atención primaria y preventiva integral, incluyendo todos los tratamientos necesarios, mediante el Programa de Child/Teen Health.

Entiendo que cualquier persona que mienta u oculte la verdad deliberadamente, con el fin de recibir servicios según estos programas, cometerá un delito y estará sujeta a sanciones federales y estatales; y es posible que tenga que reembolsar la cantidad que recibió por los beneficios y pagar multas civiles. El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York (New York State Department of Tax and Finance) tiene el derecho de revisar la información de ingresos en este formulario.

CERTIFICACIÓN DE ESTADO DE CIUDADANÍA/INMIGRACIÓN Certifico, bajo pena de perjurio, mediante mi firma en este formulario, que yo, o la persona por quien firmo, soy ciudadano de los Estados Unidos o nacido en los Estados Unidos, o tengo un estatus migratorio satisfactorio. El término “estatus migratorio satisfactorio” significa un estatus migratorio que no hace a la persona no elegible para los beneficios. **Información importante**: El Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) determinó que la inscripción en Medicaid NO DEBE afectar la capacidad de una persona para obtener una “green card”, convertirse en un ciudadano, patrocinar a un familiar o viajar dentro y fuera del país (excepto si Medicaid paga por atención de largo plazo en un lugar como un asilo de ancianos o un hospital psiquiátrico). **El estado no reportará ninguna información de esta solicitud al USCIS.**

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Todos los solicitantes deben presentar un número de seguro social o una constancia de que han solicitado uno o de que han intentado solicitar uno. Las únicas excepciones son las mujeres embarazadas, los inmigrantes indocumentados y los no inmigrantes temporales que están solicitando el tratamiento de una condición médica de emergencia, y ciertos inmigrantes maltratados. No es necesario incluir los SSN de los miembros de mi grupo familiar que no estén solicitando los beneficios. Comprendo que esta es una obligación requerida por la Federal Law (Ley Federal) en 42 U.S.C. 1320b-7 (a) y por las reglamentaciones de Medicaid en 42 CFR 435.910. Los SSN se usan de muchas maneras, dentro del Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS) y entre el DSS y las agencias federales, estatales y locales, de Nueva York y de otras jurisdicciones. Algunos usos de los SSN son: comprobar la identidad, identificar y verificar los ingresos devengados y no devengados, determinar si los padres que no tienen la custodia pueden obtener cobertura de seguro médico para los solicitantes, determinar si los solicitantes pueden obtener apoyo médico y determinar si los solicitantes pueden obtener dinero u otro tipo de ayuda. Los SSN también pueden usarse para identificar al destinatario dentro y entre las agencias gubernamentales centrales de Medicaid para asegurarse de que los servicios adecuados estén disponibles para el destinatario.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Doy mi consentimiento para la revelación de cualquier información médica acerca de mi persona y de cualquier miembro de mi familia en nombre de quien pueda dar consentimiento: por parte de mi proveedor de atención primaria, cualquier otro proveedor de atención médica o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, SDOH) a mi plan médico y a cualquier proveedor de atención médica que participe en mi atención o la de mi familia, según sea razonablemente necesario, para que mi plan médico o mis proveedores hagan el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica; por parte de mi plan médico y cualquier proveedor de atención médica al SDOH y cualquier otra agencia federal, estatal y local autorizada, para la administración de Medicaid; y, por parte de mi plan médico a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario, para que mi plan médico haga el tratamiento, el pago u otras operaciones de atención médica. Además, acepto que la información revelada puede incluir información sobre VIH, salud mental o abuso de alcohol o sustancias relacionada conmigo y con los miembros de mi familia hasta donde lo permita la ley. Si más de un adulto en la familia quiere unirse a un plan médico de Medicaid, es necesaria la firma de cada adulto que presente la solicitud como consentimiento para revelar la información.

CUIDADO ADMINISTRADO POR MEDICAID Si agrego a un familiar a un caso de Medicaid y vivo en un condado que exige que los beneficiarios de Medicaid se unan a un plan médico, entiendo que este familiar deberá inscribirse en el mismo plan médico que mi familia, a menos que estén exentos o excluidos.

REVELACIÓN DE EXPEDIENTES DE EDUCACIÓN Autorizo al Departamento de Servicios Sociales local y al estado de Nueva York a obtener cualquier información sobre los expedientes de educación de mis hijos, aquí nombrados, necesarios para la reclamación de los reembolsos de Medicaid para los servicios educativos relacionados con la salud, y para dar acceso a la agencia gubernamental federal adecuada a esta información con el propósito exclusivo de auditoría.

PROGRAMA DE EARLY INTERVENTION Si se evalúa a mi hijo o él participa en el Programa de Early Intervention del Estado de Nueva York, autorizo al Departamento de Servicios Sociales local y al estado de Nueva York para que compartan la información de elegibilidad de Medicaid de mi hijo con el Programa de Early Intervention de mi condado, con el propósito de facturar a Medicaid. Doy mi autorización para que se comparta esta información con cualquier centro médico en la escuela que preste servicios a los solicitantes.

AVISO DE PRIVACIDAD

Human Resources Administration
Department of Social Services

MAP-2020c (S) 12/20/2023
(E) 12/20/2023

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.

El programa de Medicaid de Nueva York debe informarlo de cómo usamos, compartimos y protegemos su información médica. El programa de Medicaid de Nueva York incluye Medicaid común y Cuidado Administrado de Medicaid. El programa lo administran el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y el Departamento de Servicios Sociales local.

Su información médica es privada.

Estamos obligados a mantener la privacidad de su información, a compartirla solo cuando sea necesario y a seguir las prácticas de privacidad que figuran en este aviso. Debemos tomar recaudos especiales para proteger el nombre de las personas que reciben servicios por VIH/SIDA o por consumo de drogas y alcohol.

¿Qué información médica tiene el programa de Medicaid de Nueva York?

Cuando solicitó Medicaid, es posible que nos haya dado información sobre su salud. Cuando los médicos, las clínicas, los hospitales, los planes de cuidado administrado y otros proveedores de atención médica envían reclamos de pago, también recibimos información sobre su salud, sus tratamientos y sus medicamentos.

¿Cómo usa y comparte su información médica el programa de Medicaid de Nueva York?

Debemos compartir su información médica cuando:

- **Usted o su representante piden su información médica.**
- **Alguna agencia del gobierno pide la información que permite la ley, por ejemplo, en caso de auditoría.**
- **La ley nos obliga a compartir su información.**

En su solicitud de Medicaid, usted le dio derecho al programa de Medicaid de Nueva York a usar y compartir su información médica para pagar la atención que usted reciba y para operar el programa. Por ejemplo, usamos y compartimos su información para:

- **Pagar las facturas de su médico, hospital o proveedor de atención médica.**
- **Asegurar que reciba atención médica de calidad y que se hayan cumplido todas las reglas y leyes.**

Podemos revisar su información médica:

- **Para determinar si recibió el procedimiento médico o el equipo de atención médica correctos.**
- **Para comunicarnos con usted para informarlo de cambios importantes en sus beneficios médicos.**
- **Para asegurarnos de que esté inscrito en el programa médico adecuado.**

- **Para cobrarles a otras compañías de seguro.**
- **Para determinar la elegibilidad para la Parte D de Medicare o para otros programas de seguro que puedan ser más económicos para usted.**

También podemos usar y compartir su información médica en circunstancias limitadas para:

- **Estudiar la atención médica.** Podemos consultar la información médica de muchos clientes para encontrar maneras de dar una mejor atención médica.
- **Prevenir o responder a problemas médicos o de seguridad graves para usted o para su comunidad, según lo permitan las leyes federales y estatales.**

Se necesita su autorización por escrito para todos los demás usos y revelaciones:

- **Notas de psicoterapia**
- **Usos y revelaciones de información médica protegida con fines de marketing, incluyendo las comunicaciones de tratamientos subsidiados**
- **Revelaciones que constituyan la venta de su información médica protegida**

Debemos tener su autorización por escrito para usar o compartir su información médica con cualquier fin que no esté mencionado en este aviso, a menos que estemos obligados a hacerlo por las leyes que nos rigen.

¿Cuáles son sus derechos?

Usted o sus representantes tienen derecho a:

- Obtener una copia de este aviso en papel.
- Consultar u obtener una copia de su información médica. Si su solicitud se rechaza, tiene derecho a revisar el rechazo.
- Pedir que se modifique su información médica. Analizaremos todas las solicitudes, pero no podemos modificar facturas enviadas por el médico, la clínica, el hospital u otro proveedor de atención médica.
- Pedir que se limite cómo usamos y compartimos su información. Analizaremos todas las solicitudes, pero no estamos obligados a aceptar lo que nos pida, excepto si la ley nos obliga a hacer una revelación de este tipo.
- Pedirnos que nos comuniquemos con usted de otra manera para hablar de su información de atención médica (por ejemplo, puede pedirnos que le enviemos correspondencia a otra dirección).
- Pedir formularios especiales que usted firme y que nos permitan compartir su información médica con las personas que usted elija. Puede cancelar el permiso en cualquier momento, siempre y cuando la información no se haya compartido.
- Obtener una lista de quienes recibieron su información médica. Esa lista no incluirá la información médica que usted o su representante hayan pedido, la información que usemos para operar el programa de Medicaid de Nueva York ni la información entregada por motivos relacionados con las fuerzas del orden.
- Recibir un aviso cuando se viole su información médica protegida sin asegurar.

Consulte el sitio web de la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de Nueva York para obtener una copia electrónica de este aviso (https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf). También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York para ver una versión alternativa (https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/notepriveng.htm).

***Usted no será penalizado por presentar una queja. Si cambiamos la información de este aviso, publicaremos la versión modificada en nuestro sitio web en:**

(https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf)

¿Tiene alguna condición médica, de salud mental o discapacidad? ¿Le dificulta esta condición entender este aviso o hacer lo que se pide en él? ¿Le dificulta esta condición recibir otros servicios en la HRA? **Podemos ayudarlo.** Llámenos al 888-692-6116. También puede pedir ayuda cuando visite una oficina de la HRA. Según la ley, usted tiene derecho a pedir este tipo de ayuda.