MEDICAID 续期表填写指南

Human Resources Administration
Department of Social Services
Medical Assistance Program/OMR

MEDICAID 续期协助/免费口译服务

本手册将帮助您完成续期。我们提供英文版和翻译版本的手册，您*只*需返回其中一个版本即可。如需续期方面的协助，请拨打 HRA Medicaid 帮助热线 1-888-692-6116，或者联系本手册第 4 页所列的其中一个管理式医疗计划 (Managed Care Plans)。听障用户可使用短信电话 (Text Telephone, TTY) 设备（非标准电话）拨打 711 或 1-718-636-7783。

我们可通过电话或在任意 Medicaid 办事处现场提供免费口译服务。

页面其余部分有意留空

邮件续期变更

如果对您的续期表有任何疑问，同样可拨打 HRA Medicaid 帮助热线 1-888-692-6116。您也可联系随附 Medicaid 续期表填写指南第 4 页中所列的其中一个管理式医疗计划以寻求协助。

这是自动发送给您的**唯一一份续期**申请表。在填好寄回给我们之前，请妥善保管。**我们必须在申请表第 1 页上印刷的日期之前收到您寄回的邮件，否则您的保险可能会终止**。

您也可在 Access NYC 网站上预先筛选，以获取其他福利。访问 http://www1.nyc.gov，从页面底部的菜单中选择“Social Services”（社会服务）即可进行查看。该网站安全可靠、简单易用。

注：

- 您目前无需递交美国公民证明文件。除非续期表有相关说明，否则您也无需递交收入证明。
  - 如果您愿意，现在也可以递交美国公民证明文件和/或收入证明，以帮助我们获得您最准确的信息。
  - 如果您决定暂时不递交证明，我们以后可能会写信要求您递交。本手册第 5 页和第 6 页的“文件指南”列出了我们接受的证明文件类型。
- 如果您告诉我们您是美国公民，我们会尝试通过计算机匹配来核实您的公民身份。如果无法得到确认，我们会写信向您告知此事，并要求您递交证明。
- 我们还会尝试通过计算机匹配来核实您的收入。如果匹配的结果与您上报的信息不符，那么在确定您的资格时我们将采用匹配结果。
  - 如果您决定暂时不递交证明，我们以后可能会写信要求您递交。本手册第 5 页和第 6 页的“文件指南”列出了我们接受的证明文件类型。
- 如果您最近从纽约市搬至纽约州内的另一个县，但您在目前居住的地方尚未建立任何公共健康保险个案，则应填写本续期表并返还给我们。我们将协助您进行保险转移。

参与 **MEDICAID** 的管理式医疗计划	电话号码	当前服务地区				
		Bronx	**Brooklyn**	**Manhattan**	**Queens**	**Staten Island**
AFFINITY HEALTH PLAN	866-247-5678	●	●	●	●	●
EMBLEM HEALTH（前 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（前 AMERICHOICE BY UNITED/ AMERCHOICE OF NY INC.）	800-493-4647	●	●	●	●	●
WELLCARE OF NY, INC.	800-308-2571 800-215-1531	●	●	●	●	

MEDICAID 续期地点	785 Atlantic Ave. Brooklyn, NY 11238	888-692-6116

医疗保险续期文件指南

以下清单列出了医疗援助计划接受的证明文件类型。请使用本指南，结合续期通知手册封面的说明确定您需要提供哪些文件，以继续享受医疗保险。

收入：

工资和薪水/就业

- 当前工资单/工资条或工资记录
- 雇主详细的书面声明
- W-2（仅 MBI-WPD 客户适用）
- 所得税申报表 （仅 MBI-WPD 客户适用）

自我雇佣

- 已签署的所得税申报表
- 收支记录

工作收入	证明文件类型
• 如果工资没有变化 ----------→	请提供最近一次工资单的复印件或雇主的证明信。
• 如果每次发薪期的工资有所变化 ----------→	请提供最近 4 周的工资单复印件或雇主的证明信。
• 如有任何工资/收入部分以现金发放，并且您的雇主不提供书面证明 ----------→	请在续期手册第 2 页**“收入”**部分底部的第一个问题处回答“是”
• 如果您是自雇人士 ----------→	请提供最新纳税申报单的复印件和当前收入证明信（有您的签名）。如收入有变化，请说明原因。
• 如果您在领取失业救济金 ----------→	请递交纽约州劳工署 (NYS Department of Labor) 发放的失业保险发放函或网上打印单：https://ui.labor.state.ny.us/UBC/home.do

失业救济金

- 发放函/证明
- 福利报表或打印单
- 纽约州劳工署信件

社会安全金

- 发放函/证明
- 福利支票
- 社会安全局 (Social Security Administration) 提供的信函

军人薪金

- 发放函
- 支票存根

子女抚养费/赡养费

- 抚养人信函或法庭信函
- 子女抚养费/赡养费支票存根

劳工赔偿

- 发放函
- 支票存根

租金或食宿费收入

- 房客、寄宿者、承租人信函
- 支票存根

利息/股息/版税

- 银行或信用合作社的信函
- 经纪人信函
- 代理人信函

退伍军人福利

- 发放函
- 福利支票存根
- 退伍军人管理局 (Veterans Administration) 的信函

私人养老金/年金

- 养老金/年金报表

医疗保险续期文件指南（续）

公民身份：（如果您认为自己是美国公民，则暂时无需递交证明。如果我们需要您提供文件，会向您发送一封要求您提供文件的信函。）

- 美国护照
- 美国公民身份证明
- 入籍证明
- 美国出生证**和**以下任意**一种身份**证明：(1) 带照片的驾照或其他身份识别信息，(2) 带照片的学校身份证件，(3) 美国军人证或入伍记录，(4) 联邦、州或地方政府颁发的 ID 卡，其所载信息应与驾照所列的信息相同。

移民身份：下面是美国公民及移民服务局 (United States Citizenship & Immigration Services, USCIS) 签发的文件

- I-551 永久居民卡（绿卡）
- I-94 出入境记录
- I-688B 或 I-766 就业授权卡
- I-797（行动通知）或者与 USCIS、移民及海关执法局 (Immigration and Customs Enforcement, ICE) 或移民审查执行办公室 (Executive Office for Immigration Review, EIOR) 之间来往的正式信件

托儿服务/受抚养人照护：文件必须包含您支付的费用的金额和支付频率

- 日托中心或其他儿童/成人照护服务提供者出具的信函
- 可证明照护服务费用的已作废支票或收据

怀孕：

- 载明预产期的医生/医疗专业机构声明

私人健康保险：文件必须包含您支付的金额

- 保险单
- 保险证明
- 保险卡
- 其他私人保险证明

除证明您的国籍或身份所需的文件外，我们接受所有其他文件的影印本

条款、权利和责任

填写并签署本表，即代表本人申请 Medicaid 和/或 Family Benefit Planning计划保险续期。

本人了解，本人须提供所需信息，以证明本人有资格参与每项计划。本人同意，一旦此表中的信息有任何变更，本人会立即报告。如果本人无法获得信息，本人将告知社会服务辖区。社会服务辖区或许能帮助本人获得信息。

本人了解，本人家人或本人申请续期的计划的员工可能会检查本人在此表中提供的信息。执行这些计划的机构将根据《美国法典》(United States Code, U.S.C.) 第 42 编第 1396a (a) (7) 条、《美国联邦法规》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 编第 431.300 至 431.307 条以及任何联邦/州法律和法规对这些信息予以保密。

本人了解，Medicaid 和/或 Family Benefit Planning 计划保险不会支付应由其他保险或他人支付的医疗费用，且在本人接受福利的整个期间，本人全权委托该机构向配偶或未满 21 岁者的父母寻求并获得医疗支持，也全权委托该机构寻求并获得第三方付款。

本人会针对本人有权享受的健康或意外保险福利或者其他任何资源提出理赔。本人了解，如果使用健康保险可能损害本人或本人需对其负法律责任者的健康或安全，本人有权以正当理由拒绝配合使用健康保险。

本人了解，本人申请这些计划的资格不受本人种族、肤色或国籍的影响。本人亦了解，根据各计划的具体要求，本人的年龄、残障情况或公民身份可能会影响本人的资格。

本人了解，如果本人的子女投保 Medicaid，他/她能够获得综合的初级和预防性护理，包括儿童/青 Child/Teen Health 提供的所有必要治疗。

本人了解，任何为获取上述计划之服务而故意提供虚假信息或隐瞒真实情况的行为均属于犯罪行为，有此类行为者将受到联邦和州的惩罚，且必须返还已领取的福利金，同时缴纳民事罚款。纽约州税务和财政部 (Department of Tax and Finance) 有权查看此表中的收入信息。

公民身份/移民身份证明 本人在此依据伪证处罚条例保证，签署本表格，即代表本人和/或本人代表签名之人是美国公民或国民或者拥有合适的移民身份。“合适的移民身份”一词是指让某人有资格获得福利的移民身份。**重要信息：**美国公民及移民服务局 (USCIS) 表示，投保 Medicaid 不会影响个人获得绿卡、成为美国公民、资助家庭成员或在国内外旅行的资格（Medicaid 支付疗养院或精神病院等设施的长期护理费用的情况除外）。**州政府将不会向 USCIS 提交本申请中的任何信息。**

社会安全号码：所有申请人均须提供社会安全号码，或证明其已申请或已尝试申请。唯一例外是孕妇、无证移民、申请医疗紧急情况治疗的临时非移民和某些受虐移民。如果本人家庭成员不申请社会福利，则无需提供其相应的社会安全号码 (Social Security Number, SSN)。本人了解，这是 42 U.S.C. 1320b-7 (a) 联邦法律和 42 CFR 435.910 中 Medicaid 规定的要求。许多情况都需要使用 SSN，不论是在社会服务局 (Department of Social Services, DSS) 内部，还是 DSS 与纽约及其他辖区的联邦、州和地方机构之间。SSN 的使用情况包括：核实身份；确定并核实劳动所得和非劳动所得；了解非监护家长是否能为申请人投保健康保险；了解申请人是否能获得医疗费用的资助；以及了解申请人是否能获得资金或其他支持。SSN 还可用于在中央政府 Medicaid 机构内部及各机构之间确定领受人的身份，以确保向领受人提供适当的服务。

披露医疗信息 本人同意披露有关本人和本人可以代表其给予同意的任何家庭成员的任何医疗信息：根据健康计划或医疗保健提供者为进行治疗、付款或健康护理操作的合理需求，通过初级保健提供者、任何其他医疗保健提供者或纽约州卫生署 (New York State Department of Health, SDOH) 向本人的健康计划和涉及护理本人或本人家庭成员的任何医疗保健提供者披露本人的医疗信息；出于管理 Medicaid 的目的，通过本人的健康计划和任何医疗保健提供者向 SDOH 以及其他获得授权的联邦、州和当地机构披露本人的医疗信息；根据健康计划为进行治疗、付款或健康护理操作的合理需求，通过本人的健康计划向其他个人或组织披露本人的医疗信息。本人亦同意，在法律允许的范围内，所披露的信息可能包括本人和本人家庭成员的 HIV、心理健康或酒精和药物滥用信息。如果家庭中有多名成年人加入 Medicaid 健康计划，则每名申请 Medicaid 健康计划的成年人均须签名以同意披露医疗信息。

MEDICAID 管理式医疗 如果本人将家庭成员添加到 Medicaid 个案，并且本人居住的郡县要求 Medicaid 领取人参加健康计划，本人了解，此家庭成员将加入与本人家庭相同的健康计划，除非其得到豁免或被排除在计划之外。

披露教育记录 本人授权当地社会服务局和纽约州获取有关本人子女教育记录的任何信息，以便申请健康相关教育服务的 Medicaid 报销，并允许联邦政府机构仅出于审计目的适当获取这些信息。

Early Intervention 计划 出于向 Medicaid 收款的目的，如果本人子女正接受纽约州 Early Intervention 计划 (New York State Early Intervention Program) 的评估或者参与了该计划，本人允许当地社会服务局和纽约州与本郡县 Early Intervention 计划分享有关本人子女 Medicaid 资格的信息。本人同意将这些信息与任何为申请人提供服务的学校健康中心分享。

隐私通知

Human Resources Administration
Department of Social Services

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

本通知说明了我们会如何使用和披露您的健康信息，以及您可以如何获取此类信息。
请仔细阅读本通知。

New York Medicaid 计划须告知您我们如何使用、分享和保护您的健康信息。New York Medicaid 计划包括常规 Medicaid 和 Medicaid 管理式医疗计划。该计划由纽约州卫生署和当地社会服务局管理。

您的健康信息属于隐私信息。

我们必须对您的信息进行保密，仅在必要时分享您的信息并遵循本通知中的隐私管理做法。我们必须采取特殊措施，以保护接受 HIV/AIDS 或毒品和酒精相关服务的人士的姓名。

New York Medicaid 计划持有哪些健康信息？

您在申请 Medicaid 时，可能已向我们提供了您的健康信息。当您的医生、诊所、医院、管理式医疗计划和其他医疗保健提供者提交付款请求时，我们也会获得关于您的健康、治疗和用药的信息。

New York Medicaid 计划会如何使用和分享您的健康信息？

我们必须在下列情况下分享您的个人信息：

- **您或您的代表索要您的健康信息。**
- **政府机构在法律允许的情况下（例如审计）索要您的健康信息。**
- **法律要求我们分享您的信息。**

您申请 Medicaid 即表示您授权 New York Medicaid 计划为支付您的医疗保健费用和运营该计划而使用和分享您的健康信息。例如，我们可以出于以下目的使用和分享您的信息：

- **支付您的医生、医院和/或医疗保健提供者的账单。**
- **确保您能够获得高质量的医疗保健服务并且遵守一切相关法律和法规。**

我们可能会出于以下目的审查您的健康信息：

- **确定您是否已获得适当的医疗程序或医疗设备。**
- **就您的健康福利相关重要变更与您联系。**

- **确保您已投保正确的健康计划。**
- **向其他保险公司收款。**
- **确定您是否有资格投保 Medicare D 部分或其他对您来说更为经济的保险计划。**

我们还会在有限的情况下出于下列目的分享和使用您的健康信息：

- **医疗保健研究。**我们会研究许多用户的健康信息，以便找到改善医疗服务的方法。
- **在联邦和州法律允许的情况下预防或应对您或您的社区面临的重大健康或安全问题。**

如需在其他情况下使用和披露您的健康信息，则需要您的书面授权，这些情况包括：

- **心理治疗记录；**
- **出于营销目的使用和披露受保护健康信息，包括补贴治疗沟通；**
- **构成出售您受保护健康信息的披露行为。**

如果我们为了任何本通知未提及的用途而需要使用或分享您的健康信息，我们必须获得您的书面许可，除非适用法律要求我们必须使用或分享您的健康信息。

您有哪些权利？

您或您的代表有权：

- 获取本通知的纸质副本。
- 查看或复制您的健康信息。如果您的要求被拒绝，您有权查看拒绝理由。
- 要求变更您的健康信息。我们会查看全部要求，但无法变更您的医生、诊所、医院或其他医疗服务提供者发送的账单。
- 要求限制我们使用和分享您信息的方式。我们会查看全部要求，但不一定满足您提出的要求，除非法律要求我们必须披露此类信息。
- 要求我们以不同的方式与您联系，沟通与您的医疗信息相关的事宜（例如，您可以要求我们将邮件发送到不同的地址）。
- 索要特殊表格，您可以通过签署该表格许可我们向您指定的任何人分享您的健康信息。只要我们尚未分享上述信息，您随时可以撤回您的许可。
- 获取接收您的健康信息的人员列表。此列表不包含您或您的代表索要的健康信息、用于运营 New York Medicaid 计划的信息或为配合执法而提供的信息。
- 要求我们在您未受保护的健康信息泄露时通知您。

请访问纽约市人力资源管理局 (New York City Human Resources Administration) 网站获取本通知的电子版，网址：https://www1.nyc.gov/assets/hra/downloads/pdf/services/micsa/privacy_notice.pdf 。您也可以访问纽约州卫生署网站查看替代版本，网址：https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/hipaa/notepriveng.htm。

***您不会因提出投诉而受到任何惩罚。如果本通知内容发生任何变更，我们会在我们的网站上公布修订版本，网址：**

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

您是否有医疗或心理健康疾病或残障问题？此问题是否让您难以理解本通知或完成本通知所要求的事情？此问题是否使您难以获得 HRA 提供的其他服务？**我们可助您一臂之力。**请致电 888-692-6116 与我们联系。您也可以在到访 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定，您有权寻求此类帮助。