

TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al completar y firmar esta solicitud, estoy solicitando Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus. Comprendo que esta solicitud, notificaciones y otra información de apoyo se enviarán a los programas para los cuales realizo la solicitud. Estoy de acuerdo en divulgar información personal y financiera de esta solicitud y cualquier otra información necesaria para determinar la elegibilidad para estos programas. Comprendo que existe la posibilidad que se me solicite más información. Estoy de acuerdo con informar inmediatamente de cualquier cambio en la información incluida en esta solicitud.

- Comprendo que debo proporcionar la información necesaria para probar mi elegibilidad para cada programa. Si no he podido obtener la información para Medicaid o Family Health Plus, deberé indicárselo al distrito de servicios sociales. El distrito de servicios sociales puede ayudar a obtener la información.
- Si solicito en un lugar que no sea un departamento local de servicios sociales y mis hijos no son elegibles para Medicaid con esta solicitud, puedo comunicarme al departamento local de servicios sociales para ver si mis hijos son elegibles para Medicaid bajo alguna otra base.
- Comprendo que los trabajadores de los programas para los cuales los miembros de la familia o yo solicitamos pueden revisar la información que proporcioné para esta solicitud. Las agencias que ejecutan estos programas, mantendrán esta información confidencial de acuerdo con 42 U.S.C. 1396a (a) (7) y 42 CFR 431.300-431.307 y cualquier reglamento y leyes estatales y federales.
- Al solicitar Child Health Plus, estoy de acuerdo en pagar la contribución de prima aplicable que no paga el estado de Nueva York.
- Comprendo que Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus no pagarán los gastos médicos que el seguro u otra persona debería pagar, y que si solicito Medicaid o Family Health Plus, otorgo a la agencia todos mis derechos de buscar y recibir apoyo médico de un cónyuge o padres de personas menores de 21 años y mi derecho a buscar y recibir pagos de terceros por el tiempo completo en que reciba los beneficios.
- Presentaré cualquier reclamo por los beneficios de seguro médico o de accidente o cualquier otro recurso para el que tenga derecho. Comprendo que tengo el derecho de reclamar buena causa al no cooperar en el uso de seguro médico si su uso pudiera ocasionar daño a mi salud o seguridad o a la salud o seguridad de alguien por quien soy legalmente responsable.
- Comprendo que mi elegibilidad para estos programas no se verá afectada por mi raza, color o país de origen. También comprendo que dependiendo de los requisitos de estos programas individuales, mi edad, sexo, discapacidad o condición de ciudadanía pueden ser un factor para ser o no ser elegible.
- Comprendo que si mi hijo está en Medicaid o Family Health Plus, puede obtener atención integral primaria y preventiva, incluyendo todo el tratamiento necesario a través del Child/Teen Health Program. Puedo obtener más información acerca de este programa del departamento local de servicios sociales.
- Comprendo que cualquier persona que mienta u oculte la verdad intencionadamente con el fin de recibir los servicios bajo estos programas está cometiendo un crimen y está sujeto a las multas federales y estatales y es posible que tenga que pagar nuevamente el monto de beneficios recibidos y pagar las multas civiles. El New York State Department of Tax and Finance tiene el derecho de revisar la información de ingresos en este formulario.

NÚMERO DE SOCIAL SECURITY

Child Health Plus: Los números de Social Security no son necesario para afiliarse a Child Health Plus. Si está disponible, lo incluiré para los niños que soliciten Child Health Plus. Medicaid o Family Health Plus: Se necesitan los números de Social Security para todos los solicitantes, a menos que la persona esté embarazada o sea un extranjero no calificado. Los números de Social Security no son necesarios para los miembros de mi hogar que no soliciten beneficios. Comprendo que esto lo solicita la Ley Federal en 42 U.S.C. 1320b-7 (a) y por las normativas de Medicaid en 42 CFR 435.910. Los números de Social Security se utilizan de muchas maneras, tanto dentro del Department of Social Services (DSS, por su sigla en inglés) como entre DSS y las agencias federales, estatales y locales, tanto en Nueva York como en otras jurisdicciones. Algunos usos de los números de Social Security son: para revisar la identidad, para identificar y verificar el ingreso devengado y no devengado, para ver si los padres que no son tutores pueden obtener cobertura del seguro médico para los solicitantes, para ver si los solicitantes pueden obtener apoyo médico y para ver si los solicitantes pueden obtener dinero u otra ayuda. Los números de Social Security también pueden utilizarse para identificar al destinatario dentro y entre las agencias gubernamentales centrales de Medicaid para asegurarse de que los servicios adecuados se encuentren disponibles para el destinatario. También, si solicito otros programas en esta solicitud conjunta, esos programas tendrán acceso a mi número de Social Security y podrían utilizarlo en la administración del programa.

SOLO PARA SOLICITANTES DE MEDICAID

- Divulgación de los expedientes educativos**
Autorizo al departamento local de servicios sociales y del estado de Nueva York para obtener cualquier información en relación con los expedientes educativos de mis hijos, aquí nombrados, necesarios para el reclamo de los reembolsos de Medicaid para los servicios educativos relacionados con la salud y para proporcionar acceso a la agencia gubernamental federal adecuada a esta información para el propósito exclusivo de auditoría.
- Early Intervention Program**
Si se evalúa a mi hijo o participa en el New York State Early Intervention Program, autorizo al departamento local de servicios sociales y al estado de Nueva York para compartir la información de elegibilidad de Medicaid de mi hijo con el Early Intervention Program de mi condado para el propósito de facturación de Medicaid.
- Reembolso de gastos médicos**
Comprendo que tengo derecho como parte de mi solicitud de Medicaid, o posteriormente, para solicitar el reembolso de gastos que pagué por atención médica cubierta, servicios y suministros recibidos durante los tres meses previos al mes de mi solicitud. Después de la fecha de mi solicitud, el reembolso de la atención médica, servicios y suministros cubiertos únicamente estará disponible si los obtuve de los proveedores afiliados a Medicaid.

FAMILY HEALTH PLUS AND MEDICAID MANAGED CARE

Comprendo que con el fin de recibir los beneficios de Family Health Plus, debo unirme a un plan médico de atención médica administrada. También sé que en algunos condados, es posible que sea necesario unirse a un plan médico para recibir Medicaid. He leído cómo averiguar si mi condado solicita que los afiliados a Medicaid se unan a un plan médico y cómo averiguar qué planes médicos están disponibles para mí en Family Health Plus y en la atención médica administrada de Medicaid. Comprendo que si se me encuentra elegible para Family Health Plus, se me inscribirá en el plan de Family Health Plus que haya escogido.

TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Yo o nosotros también comprendemos que si a mí o nosotros se nos encuentra elegibles para Medicaid en lugar de Family Health Plus y yo o nosotros estamos en un condado que necesita de inscripciones a Medicaid para estar en un plan médico de atención administrativa, yo o nosotros estaremos inscritos en el plan médico que yo o nosotros hayamos escogido a menos que el plan médico no participe en la atención médica administrada de Medicaid.

Si yo o nosotros estamos en un condado que no solicita las inscripciones para estar en un plan de atención médica administrada de Medicaid, yo o nosotros continuaremos inscritos en el plan médico que yo o nosotros hayamos escogido a menos que yo o nosotros notifiquemos al Department of Social Services local por escrito o yo o nosotros marquemos la casilla en la Sección I, que yo o nosotros no queremos estar en ese plan.

He leído cómo averiguar los derechos y beneficios que tendré como un miembro del plan médico de atención médica administrada y los límites de beneficios de la membresía de atención médica administrada. Comprendo que tanto en Family Health Plus como en la atención médica administrada de Medicaid, debo escoger un Proveedor de atención primaria (PCP, por su sigla en inglés) y tendré una opción de por los menos tres PCP en mi plan médico. Comprendo que una vez inscrito en un plan médico, tendré que usar mi PCP y otros proveedores en mi plan médico excepto en una pocas circunstancias especiales.

Comprendo que si doy a luz a un hijo mientras soy miembro de un plan médico de atención médica administrada de Medicaid, mi hijo estará inscrito en el mismo plan médico en el que estoy yo. Comprendo que si doy a luz un hijo mientras soy miembro de un plan Family Health Plus que también participa en la atención médica administrada de Medicaid, mi hijo estará inscrito en el mismo plan médico en el que estoy yo.

- Divulgación de información médica**
Doy mi consentimiento de divulgación de cualquier información médica sobre mí y cualquier miembro de mi familia para quienes yo pueda dar mi consentimiento:

- Por mi PCP, cualquier otro proveedor de atención de salud o el Departamento de Salud del estado de Nueva York (NYSDOH, por su sigla en inglés) a mi plan médico y cualquier proveedor de atención médica concerniente a mí o a mi familia, según sea razonablemente necesario para mi plan médico o mis proveedores para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Esto puede incluir información de farmacia y otros los reclamos médicos necesarios para ayudar a administrar mi atención;
- Por mi plan médico y cualquier proveedor de atención médica para NYSDOH y otras agencias autorizadas federales, estatales y locales para propósitos de administración de los programas de Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus; y
- Por mi plan médico a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para que mi plan médico lleve a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

También estoy de acuerdo con que la información divulgada para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica pueda incluir información acerca de VIH, salud mental o abuso de sustancias y alcohol sobre mí y los miembros de mi familia según lo permita la ley, hasta que revoque este consentimiento.

Si más de un adulto en la familia se une al plan médico de Family Health Plus o Medicaid, la firma de cada adulto que realice la solicitud es necesaria como consentimiento para divulgar la información.

Reembolso de gastos médicos

Comprendo que si se determina que soy elegible para Family Health Plus mi afiliación entrará en vigencia a más tardar 90 días después de la fecha de presentación de una solicitud completa. En caso de un error o retraso en mi afiliación, Medicaid debe tener la capacidad de reembolsarme por gastos médicos razonables que yo pague como resultado de un error o retraso. Medicaid puede pagar a mi proveedor por cualquier gasto no pagado únicamente si el proveedor es un proveedor afiliado a Medicaid.

DOCUMENTOS NECESARIOS CUANDO SOLICITE UN SEGURO MÉDICO

Nombre del solicitante

Fecha de la solicitud

* Su afiliación no se puede completar hasta que se hayan recibido todos los elementos NECESARIOS. Si necesita ayuda para obtener alguno de estos elementos, déjenos saber. NO NECESITA MOSTRAR TODOS ESTOS DOCUMENTOS. Únicamente necesitamos documentos que apliquen a usted o a otros que estén realizando la solicitud. Es necesario que veamos el original o las copias certificadas de los documentos de su identidad y ciudadanía de EE.UU. Comuníquese a su departamento local de servicios sociales o llame al 1-800-698-4543 para averiguar adonde puede llevar los documentos de identidad y documentos de ciudadanía. Muchos departamentos locales de servicios locales y los planes médicos Child Health Plus no aceptan documentos originales por correo, así que verifique con ellos si desea enviar por correo estos documentos. Las copias de otros documentos se pueden enviar por correo con su solicitud.

Es necesario que proporcione prueba de identidad, ciudadanía de EE.UU. o estado migratorio y fecha de nacimiento.

Vigente a partir del 1/7/10, los niños ciudadanos que proporcionen un número de Social Security no necesitan proporcionar documentación de identidad o ciudadanía si son elegibles para Child Health Plus. Puede proporcionar UNO de los siguientes documentos para demostrar tanto la ciudadanía de EE.UU., identidad y su fecha de nacimiento:

- Tarjeta o pasaporte de EE.UU. O
- Certificado de nacionalidad (Formularios DHS N-550 o N-570) O
- Certificado de ciudadanía de EE.UU. (Formularios DHS N-560 o N-561) O
- Licencia de conducir mejorada de NYS (EDL).

Cuando no esté disponible uno de los documentos anteriores, se puede utilizar UN documento de cada una de las listas para demostrar su ciudadanía o identidad. Esta no es una lista que lo incluya todo. Si no tiene uno de estos documentos, consulte la sección "Cómo obtener ayuda" de las instrucciones.

Los documentos con un * junto a estos también muestran la fecha de nacimiento

Ciudadanía de EE.UU.

- Licencia de conducir de EE.UU.*
- Certificación de nacimiento emitida por el Departamento de Estado (Formularios FS-545 o DS-1350)*
- Informe de nacimiento en el extranjero (FS-240)
- Tarjeta de ID nacional de EE.UU. (Formulario I-197 o I-179)
- Documento tribal de nativo americano*
- Expedientes escolares o religiosos*
- Expedientes militares de servicios que muestren su lugar de nacimiento en EE.UU.
- Decreto final de adopción
- Evidencia de calificación para la ciudadanía de EE.UU. bajo la Ley de Ciudadanía Infantil de 2000

Identidad

- Licencia de conducir del estado o tarjeta de ID con foto*
- Tarjeta de ID emitida por una agencia gubernamental federal, estatal o local
- Tarjeta militar de EE.UU. o expediente de reclutamiento o Tarjeta de marino mercantil de la Guardia Costera de EE.UU.
- Tarjeta de ID escolar con una foto (puede que también muestre la fecha de nacimiento)
- Certificado de grado de ancestro indígena por sangre u otro documento tribal de nativo de Alaska o nativo americano con foto
- Expedientes verificados escolares, de guardería o de cuidado infantil (para niños menores de 16 años) (puede que también muestren la fecha de nacimiento)
- Expedientes clínicos, médicos o de hospital (para niños menores de 16 años)*

Si no utiliza uno de los documentos que muestren la fecha de nacimiento, debe enviar también uno de los siguientes:

- Certificado de matrimonio
- NYS Benefit Identification Card

*Devuelva todos los artículos necesarios por: _____ o puede que la solicitud sea denegada.

DOCUMENTOS NECESARIOS CUANDO SOLICITE EL SEGURO MÉDICO

Si no es ciudadano de EE.UU.

La siguiente lista incluye algunos de los formularios más comunes de United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) utilizados para mostrar su estado migratorio. Esta lista no lo incluye todo. Si no tiene uno de estos documentos, consulte la sección "Cómo obtener ayuda" de las instrucciones.

Necesitamos ver **UNO** de los siguientes documentos para probar su estado migratorio, identidad y su fecha de nacimiento:

Los documentos con * junto a estos también muestran la fecha de nacimiento

Identidad o estado migratorio

- I-551 Tarjeta de Residencia ("Green Card")*
- I-94 Expedientes de ingreso o salida*
- I-688B o I-766 Tarjeta de Autorización de Empleo*
- Formulario USCIS I-797 Notificación de acción
- Evidencia de la Residencia continua de EE.UU. previo al 1 de enero de 1972

Estado migratorio, pero necesita un documento de identidad adicional

- Licencia de conducir (si se emitió en los últimos 6 meses)
- Tarjeta de ID del gobierno con la dirección
- Sobre con porte pagado o tarjeta postal (no se puede usar si se envió a un Código postal)

Dirección particular: Esta dirección debe concordar con la dirección que anota en la Sección A de la solicitud. La fecha de la prueba debe estar entre los 6 meses a partir del momento en que firmó la solicitud.

- Recibo de alquiler, letra de cambio o arrendamiento con la dirección de casa del propietario
- Factura de servicios públicos (gas, electricidad, teléfono, cable, combustible o agua)
- Estado de cuenta de la hipoteca o expedientes por impuestos sobre bienes inmuebles
- Licencia de conducir (si se emitió en los últimos 6 meses)
- Tarjeta de ID del gobierno con la dirección
- Sobre con porte pagado o tarjeta postal (no se puede usar si se envió a un Código postal)

PRUEBA DE INGRESO ACTUAL O INGRESO QUE PODRÍA TENER EN EL FUTURO COMO BENEFICIOS POR DESEMPEÑO O UNA DEMANDA: Debe proporcionar una carta, declaración escrita o copia del cheque o talones, del empleador, persona o agencia que proporciona el ingreso. NO NECESITA MOSTRARLOS TODOS ESTOS DOCUMENTOS, ÚNICAMENTE LO QUE APLICAN PARA USTED Y LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED. Se necesita una prueba para cada tipo de ingreso de ingreso más reciente antes de impuestos y de cualquier otra deducción. La prueba debe tener fecha, incluir el nombre del empleado y mostrar el ingreso bruto para el período de pago. La prueba debe ser para las últimas cuatro semanas, ya sea que se reciba el pago semanal, quincenal o mensualmente. Es importante que estos datos sean actuales.

Sueldos y salarios

- Talones de cheque
- Carta del empleador en una hoja con membrete de la compañía, firmada y fechada

- Declaración de impuestos sobre la renta actual firmado y con fecha y todas las programaciones**
- Expedientes comerciales o nóminas

Trabajador por cuenta propia

- Declaración de impuestos sobre la renta actual firmado y con fecha y todas las programaciones**
- Expedientes de ingresos y expedientes de gastos o comerciales

Beneficios para desempleados

- Carta o certificado de adjudicación
- Estado de cuenta de beneficios mensuales del NYS Department of Labor
- Impresión de la información de cuenta del destinatario del sitio web del NYS Department of Labor (www.labor.state.ny.us)
- Copia de la Direct Payment Card con impresión
- Correspondencia del NYS Department of Labor

Pensiones privadas o renta vitalicia

- Declaración de pensión o renta vitalicia

Social Security

- Carta o certificado de adjudicación
- Declaración de beneficios anuales
- Correspondencia de la Social Security Administration

Workers' Compensation

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque

Pensión alimenticia o manutención

- Carta de la persona que proporciona la manutención
- Carta del tribunal
- Talón del cheque por pensión alimenticia o manutención
- Copia de NY Epicard sin impresión
- Copia de la información de la cuenta de manutención de www.newyorkchildsupport.com
- Copia del estado de cuenta del banco que muestre el depósito directo

Beneficios de veteranos

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque de beneficios
- Correspondencia de Veterans Affairs

Pago para militares

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque

Ingresos de Alquiler por habitación o alojamiento

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

Intereses, dividendos o regalías

- Estado de cuenta reciente del banco, cooperativa o institución financiera
- Carta del corredor
- Carta del agente
- 1099 o declaración de renta (si no se encuentra otra documentación disponible)

**Se pueden usar las declaraciones de impuestos sobre la renta para personas que no sean trabajadores por cuenta propia para las solicitudes previas al 1 de abril del siguiente año.

DOH-4220B es (5/13) page 2 of 3

NYS DOH

Sección G Preguntas médicas adicionales

- ¿Las personas que realizan una solicitud tienen facturas médicas o por medicamentos con receta médica pagadas o sin pagar para este mes o los tres meses anteriores a este? Existe la posibilidad de que Medicaid pague estas facturas o se las reembolse.
 - No
 - SíSi su respuesta es sí: Nombre: _____ ¿De qué meses de los tres meses anteriores tiene facturas médicas? _____

ENVIAR PRUEBA de los ingresos para cualquier mes del período de tres meses para los cuales tiene facturas. Si pagó las facturas médicas para las cuales busca reembolso, debe enviar las copias y el comprobante de pago.

- ¿Tiene usted o cualquier persona que realiza una solicitud alguna factura médica o por medicamentos con receta médica sin pagar anterior a los tres meses previos?
 - No
 - Sí

- ¿Se ha mudado usted o alguna persona que viva con usted y realiza la solicitud a este condado desde otro estado o condado del estado de Nueva York en los últimos tres meses?
 - No
 - Sí¿Cuál condado? _____

- Si su respuesta es sí, ¿quién? _____

- ¿Tiene alguna persona que realiza la solicitud alguna demanda pendiente debido a una lesión?
 - No
 - SíSi su respuesta es sí, quién: _____

- ¿Tiene alguna persona que realiza la solicitud un caso de Workers' Compensation o una lesión, enfermedad o discapacidad ocasionada por alguien más (que podría ser cubierta por el seguro)?
 - No
 - Sí

- Si su respuesta es sí, ¿quién? _____

Sección H El padre o cónyuge que no vive en la casa o falleció

Las familias que realizan solicitudes para sus hijos y mujeres embarazadas **NO** necesitan llenar esta sección. Todas las demás personas que realicen solicitudes y tengan 21 años o más deben estar dispuestas a proporcionar información acerca de uno de los padres de un menor que realiza una solicitud o un cónyuge que vive fuera de la casa para ser elegible para seguro médico, a menos que exista una buena causa. Los niños aún pueden ser elegibles incluso si el padre o la madre no están dispuestos a proporcionar esta información. Si teme sufrir daño físico o emocional como resultado por proporcionar información sobre el padre, la madre o el cónyuge que no vive en la casa, se le puede excusar de proporcionar esta información. Esto se denomina **Buena causa**. Es posible que se le solicite que muestre que tiene una buena razón para sus miedos.

- ¿Ya falleció el cónyuge o padre de alguien que realiza la solicitud?
 - No
 - Sí

Si su respuesta es sí, nombre del solicitante con el padre o cónyuge fallecido : _____ (Si el cónyuge o padre falleció vaya a la pregunta 3).

- ¿Vive fuera de casa el padre o la madre de alguno de los niños que realizan la solicitud? (Si no es así, pase a la pregunta 3)
 - No
 - Sí

Si teme sufrir un daño físico o emocional al proporcionar información acerca del padre o la madre que no vive en la casa, marque esta casilla

| | | |
|--|---|---|
| Nombre del niño o la niña: | Nombre del padre o la madre que vive fuera de la casa | Dirección actual o última conocida: |
| Fecha de nacimiento (si se conoce): ____/____/____ | Calle: _____ Ciudad o estado: _____ Número de Social Security (si lo sabe) _____ | Calle: _____ Ciudad o estado: _____ Número de Social Security (si lo sabe) _____ |
| Nombre del niño o la niña: | Nombre del padre o la madre que vive fuera de la casa | Dirección actual o última conocida: |
| Fecha de nacimiento (si se conoce): ____/____/____ | Calle: _____ Ciudad o estado: _____ Número de Social Security (si lo sabe) _____ | Calle: _____ Ciudad o estado: _____ Número de Social Security (si lo sabe) _____ |

- ¿Alguno de los que realizan la solicitud continúa casado con alguna persona que vive fuera de la casa?
 - No
 - Sí

Si su respuesta es sí, proporcione el nombre de la persona que realiza la solicitud y continúa casada: _____

Si teme sufrir un daño físico o emocional al proporcionar información acerca de un cónyuge que no vive en la casa, marque esta casilla

| | | |
|--|---|---|
| Nombre legal del cónyuge que vive fuera de la casa: | Fecha de nacimiento (si se conoce): ____/____/____ | Dirección actual o última conocida: |
| | | Calle: _____ Ciudad o estado: _____ Número de Social Security (si lo sabe) _____ |

DOH-4220 es (5/13) page 5 of 8

NYS DOH

Sección I Selección del plan médico

Si recibe Medicare, **ALTO** omite esta sección.

IMPORTANTE: Las personas con Family Health Plus y Child Health Plus **deben** escoger un plan médico para obtener sus servicios de salud. La mayoría de personas con Medicaid **deben** escoger un plan médico; si no escoge un plan médico automáticamente quedará afiliado a uno a menos que se determine que está exento. **Para Medicaid y Family Health Plus:** Si necesita información acerca de qué planes están disponibles en su condado, en qué planes está su médico y si tiene que unirse, comuníquese a **New York Medicaid CHOICE** al 1-800-505-5678. También puede llamar o visitar su Department of Social Services. Para obtener información acerca de los planes de Child Health Plus, comuníquese al 1-800-698-4543. Si ya sabe cuál plan desea, utilice esta sección para la elección de su plan.

NOTA: Si usted o los miembros de su familia son elegibles para Medicaid, se les afiliará al plan médico que escogan si lo proporciona Medicaid. Si vive en un condado que no necesite que las personas que están en Medicaid se unan a un plan médico, puede decirnos que no quiere estar en un plan médico al llamar o escribir a su Department of Social Services o al marcar esta casilla

| Apellido legal | Nombre legal | Fecha de nacimiento | Número de Social Security | Nombre del Plan médico al que se está afiliando | Médico preferido o Centro de salud (opcional) Marque la casilla si es su proveedor actual | OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (opcional) |
|----------------|--------------|---------------------|---------------------------|---|---|--------------------------------------|
| | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | |

Sección J Firma

Estoy de acuerdo en que la información incluida en esta solicitud y en la renovación anual se comparta únicamente entre Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, los planes médicos indicados en la Sección I, el distrito local de servicios sociales y la organización de afiliación beneficiada que proporciona la asistencia de solicitud. También permito compartir esta información con cualquier centro de salud con base escolar que proporcione servicios a los solicitantes. Comprendo que esta información se comparte con el propósito de determinar la elegibilidad de aquellas personas que solicitan Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus o para evaluar el éxito de estos programas. Cada adulto que realice una solicitud debe firmarla en el espacio que se encuentra a continuación. Al firmar esta solicitud, comprendo que cada persona que solicite Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, estará afiliada al programa adecuado, si es elegible. **También he leído y comprendido los Términos, Derechos y Responsabilidades que se incluyen en este folleto de solicitud que se encuentra en la siguiente página.** Certifico bajo pena de perjurio que toda la información en esta solicitud es verdadera según mi leal saber y entender.

Fecha

Firma del adulto solicitante o representante autorizado para el solicitante

Fecha

Firma del adulto solicitante o representante autorizado para el solicitante

DOH-4220 es (5/13) page 6 of 8

NYS DOH