

Continuación de sus beneficios de Medicaid y/o Family Health Plus

Necesita devolver el formulario adjunto para que continúen sus beneficios de Medicaid y/o Family Health Plus. Si usted es una mujer embarazada, una persona menor de 19 años, un adulto que recibe Medicaid sin servicios de salud a largo plazo o si recibe Family Health Plus, ya no necesita documentar sus ingresos, nuevo lugar de residencia o gastos de cuidado de niños o adultos al renovar su cobertura médica de Medicaid o Family Health Plus.

Debe someter comprobante del monto de su prima de seguro médico, de haberlo, y de todo cambio que se haya dado en las circunstancias de su hogar en el pasado año, tales como, un miembro del hogar que haya comenzado a recibir seguro médico por parte del el empleador. Sin embargo, con el fin de determinar si usted reúne los requisitos, el monto del ingreso que usted reporte se comparará con datos obtenidos usando un cruce de datos computarizado. En ciertos casos, como resultado del cruce de datos se modifica su cobertura médica de Medicaid a Family Health Plus. Si desea cerciorarse que recibe la cobertura apropiada, y puesto que algunas veces el ingreso que reporta el solicitante no concuerda con los datos obtenidos por medio del cruce computarizado, le sugerimos enviar comprobante de ingresos. Si elige no enviar comprobante de ingresos por el momento, lo más probable es que le pidamos comprobante de ingresos y/o recursos más adelante. Nos comunicaremos con usted para indicarle lo que necesita enviar. La adjunta «lista de verificación de documentos» le muestra lo que pueda someter como comprobantes.

Llame a la oficina de servicios sociales si necesita ayuda con este formulario. También existen organizaciones comunitarias y planes de salud que le pueden ayudar. Llame al 1-877-934-7587 ó 1-800-698-4543 para averiguar el plan de salud u organización comunitaria que presta ayuda más cercano a su localidad. Si va a una de las organizaciones de ayuda, lleve esta carta consigo. Debe regresar el formulario y los documentos a la dirección indicada en la próxima página para la fecha señalada. Le sugerimos guardar una copia de esta carta en sus archivos.

ASEGÚRESE QUE CONTESTA TODAS LAS PREGUNTAS Y QUE FIRMA EL FORMULARIO. DEVUELVA TODAS LAS PÁGINAS Y LA DOCUMENTACIÓN POR CORREO O EN PERSONA A LA OFICINA DE SERVICIOS SOCIALES. NO NECESITA PRESENTARSE A UNA ENTREVISTA.

CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID Y/O FAMILY HEALTH PLUS

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		FECHA DE VIGENCIA:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA / CENTRO U OFICINA DEL DISTRITO	
NÚMERO DE CASO:		NÚMERO DE CIN:			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de la persona a cargo, si está presente) Y DOMICILIO					
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> [</div>				NO. DE TELÉFONO GENERAL PARA HACER PREGUNTAS O PEDIR AYUDA	
				Conferencia con la Agencia _____	
				Audiencias Imparciales Información y asistencia _____	
				Acceso a los Archivos _____	
Información sobre Asesoramiento Legal _____					
Nº DE OFICINA	Nº DE UNIDAD	Nº DEL TRABAJADOR(A) DE CASOS	NOMBRE DE LA UNIDAD O TRABAJADOR(A) DE CASOS	Nº DE TELÉFONO	

Una vez al año, usted o su representante debe renovar su habilitación de Medicaid y/o Family Health Plus. Usted debe suministrar los siguientes datos y devolver este formulario con cierta documentación a la siguiente dirección para el

(Fecha)

EL NO DEVOLVER ESTE FORMULARIO TENDRÁ COMO CONSECUENCIA QUE USTED PIERDA SU COBERTURA DE SALUD

Quizás tenga que someter comprobantes de ingresos actuales, de gastos por cuidado de niños (si los tiene), como también comprobante de todo cambio que haya ocurrido en su hogar desde el año pasado. Los cambios podrían ser, por ejemplo, un miembro del hogar comenzó a recibir seguro médico patrocinado por el empleador. La lista adjunta titulada: «Lista de verificación de documentación», muestra los tipos de comprobantes aceptables. Sólo envíe comprobantes si en el formulario de renovación así se le indica hacerlo.

- Haga una lista de todos los miembros del hogar que reciben Medicaid y/o Family Health Plus. Escriba el nombre de cada miembro del hogar, fecha de nacimiento y número de seguro social. Si usted está embarazada o no tiene un número de seguro social debido a su situación migratoria, deje el espacio en blanco.

	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	SSN
01	_____	__/__/__	_____	_____
02	_____	__/__/__	_____	_____
03	_____	__/__/__	_____	_____
04	_____	__/__/__	_____	_____
05	_____	__/__/__	_____	_____
06	_____	__/__/__	_____	_____
07	_____	__/__/__	_____	_____
08	_____	__/__/__	_____	_____
09	_____	__/__/__	_____	_____
10	_____	__/__/__	_____	_____

2 a. ¿Tiene alguna de las personas listadas en la línea 1 a un cónyuge, un padre / una madre, un padrastro / una madrastra o a un menor de 21 años de edad viviendo en el hogar y dicha persona no recibe beneficios de Medicaid y/o Family Health Plus?

No.

Sí.

Nombre del cónyuge, padre/madre, padrastro/madrastra
o niño(a) menor de 21 años

Parentesco con
Jefe de familia

b. Si contestó sí, ¿acaso esta persona desea solicitar Medicaid / Family Health Plus?

No.

Sí. **(proporcione la información indicada a continuación y envíe comprobante de la fecha de nacimiento y ciudadanía estadounidense de esa persona o la situación migratoria e ingresos, de haberlos. Incluya esta persona cuando conteste el resto de las preguntas en este formulario).**

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SEX (M/F)	Nº DE SEGURO SOCIAL
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____	_____	____/____/____

3. ¿Alguna de las personas nombradas en líneas 1 ó 2 están embarazadas?

No.

Sí. ¿Quién?

Fecha estimada del parto:

(Lea las instrucciones de la Lista de verificación de documentación).

4. ¿Ha cambiado de domicilio o de número de teléfono desde la última vez que presentó la solicitud inicial o la solicitud de renovación de seguro médico?

No.

Sí. Mi nuevo domicilio y/o número de teléfono es:

_____ Número de casa	_____ Calle	_____ Número de apartamento
_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código postal
_____ Número de teléfono		

(Usted debe de enviar comprobante de nuevo domicilio si recibe servicios de salud a largo plazo).

5. ¿Han habido cambios en sus gastos de vivienda desde la última vez que presentó la solicitud inicial o la solicitud de renovación de seguro médico?

No

Sí. La nueva cantidad de mi pago mensual de vivienda es: \$ _____

Uso calefacción a base de (gas, aceite de combustible, electricidad, etc.) _____

La calefacción está incluida en mis pagos mensuales de vivienda. Sí No

6. ¿Ha habido algún cambio en el estado migratorio o la ciudadanía estadounidense de alguno de los solicitantes de la renovación de seguro de salud?

- No.
- Sí. ¿Quién?

(Debe enviar comprobante emitido por la agencia federal de inmigración que demuestre el estado actual de ciudadanía estadounidense o situación migratoria de la persona).

7. **INGRESOS**

Haga una lista de los tipos y montos de ingresos que reciben las personas nombradas en las líneas 1 y 2. Si está solicitando una renovación del seguro médico Medicaid, y actualmente recibe servicios de atención médica a largo plazo, (tales como: cuidados a domicilio, servicios personales, cuidado de salud diurno de adultos, atención médica profesional domiciliaria o servicios del programa de atención médica domiciliaria a largo plazo) debe someter comprobante de cada ingreso listado. Si actualmente usted no recibe servicios de atención médica a largo plazo, no necesita someter comprobante de ingresos.

NO DEJE ESTA SECCIÓN EN BLANCO

Tipo de ingreso (Ejemplos: salarios, propinas, subsidio de seguro social o de desempleo etc.)	Nombre de la persona (¿Quién recibe este ingreso?)	Nombre del empleador, si es pertinente	¿Cuánto dinero recibe esta persona? (antes de la deducción de impuestos)	¿Cada cuánto recibe este ingreso? (semanalmente, cada dos semanas, mensualmente, otras posibilidades)

8. **GASTOS**

¿Tiene los siguientes gastos? **Debe de enviar comprobante de cada gasto si usted recibe servicios de salud a largo plazo.** Todos deben enviar comprobante de primas de seguro médico, si las hubiese.

Prima de seguro médico	Medicare	Sustento por orden judicial	Gastos por cuidado de niños o adultos

¿Está usted inscrito en el Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados o está solicitando inscripción en dicho programa?

- [_] No.
- [_] Sí.

Si contestó «Sí», debe someter comprobante de empleo. **Consulte la adjunta Lista de verificación de la documentación para informarse sobre los documentos que puede usar para comprobar que usted tiene un empleo.**

9. RECURSOS

Nota: las mujeres embarazadas y los menores de 19 años de edad, no necesitan proporcionar información sobre recursos económicos, excepto si la persona recibe Medicaid con requisito de sobrante, o si el menor ha sido declarado oficialmente ciego o incapacitado. El resto de los beneficiarios deben suministrar los siguientes datos.

Haga una lista de todos los recursos que posean las personas nombradas en las líneas 1 y 2. (Ejemplos de recursos son: dinero en cuenta bancaria o cooperativa de crédito, acciones, bonos, fondos de inversión, certificados de depósito, cuentas de mercado monetario, planes 401k, fondos fiduciarios, valor en efectivo de seguro de vida, o propiedades. No incluya su propia casa).

Si no cuenta con ningún tipo de recurso, escriba «NINGUNO» debajo de la línea titulada «Tipo de recurso».

Tipo de recurso	Nombre de la persona (¿A quién pertenece el recurso?)	¿Cuál es el valor del recurso?	Nombre del banco o compañía (si es pertinente)
Tipo de recurso	Nombre de la persona (¿A quién pertenece el recurso?)	¿Cuál es el valor del recurso?	Nombre del banco / compañía (si es pertinente)

Si está solicitando una renovación del seguro médico Medicaid, y actualmente recibe servicios de atención médica a largo plazo, (tales como: cuidados a domicilio, servicios personales, cuidado de salud diurno de adultos, atención médica profesional domiciliaria o servicios del programa de atención médica domiciliaria a largo plazo) debe someter comprobante de cada recurso listado. Si actualmente usted no recibe servicios de atención médica a largo plazo, no necesita someter comprobante de recursos.

Necesitamos la siguiente información para determinar si ocurrieron cambios en la situación de su hogar desde la última vez que usted sometió la solicitud inicial o la solicitud de renovación para los programas Medicaid / Family Health Plus. Brinde los datos a continuación **solamente si difieren de los datos que tenemos o si son nuevos datos**. Si la respuesta es «no», o la situación no es pertinente a su caso, marque «No es pertinente».

10. SEGURO MÉDICO NUEVO O MODIFICADO

No es pertinente

a. Desde la última vez que sometió la solicitud inicial o la solicitud de renovación, ¿acaso alguna de las personas que tenían seguro médico perdió dicha cobertura?

Sí.

¿Quién? _____ Nombre de la compañía de seguros _____ Fecha en que terminó la cobertura _____

b. Desde la última vez que usted sometió la solicitud inicial o la solicitud de renovación, ¿algún miembro del grupo familiar comenzó a recibir seguro médico (inclusive Medicare), a parte de, Medicaid / Family Health Plus?

Sí.

¿Quién? _____ Monto de la prima: \$ _____ ¿Cada cuánto lo paga?: _____

Debe someter una copia de la tarjeta de seguro médico o una copia de la póliza de seguro.

c. Si usted no recibe seguro médico por parte de su empleador en este momento, ¿ofrece el empleador cobertura de seguro médico?

Sí No

Si contestó sí, cuál es nombre y número de teléfono del empleador:

_____ Quizás paguemos por la prima de su seguro médico si se determina que es más económico.

11. PADRE / MADRE O CÓNYUGE QUE VIVE EN OTRA CASA

No es pertinente

- a. Desde la última vez que usted sometió la solicitud inicial o la solicitud de renovación, ¿se ha mudado de la casa el cónyuge, el padre o la madre de alguna de las personas que solicitan la renovación?

Sí.

Si la respuesta es «Sí», ¿nos daría usted información que nos ayude a obtener seguro médico del padre/madre o cónyuge?

Sí. **Suministre la siguiente información, si la sabe.**

Nombre del padre / de la madre: _____

Nombre del cónyuge: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Domicilio: _____

Padre / madre / cónyuge de: _____

No

Si la respuesta es «No», ¿existe un motivo (justificado) por el cual no deberíamos comunicarnos con el padre / la madre o el cónyuge para solicitarle que le ayude con el seguro médico? (Un motivo justificado sería, por ejemplo, una situación en la cual uno de los miembros de la familia resultaría perjudicado de alguna manera).

No.

Sí. Explique:

- b. Desde la última vez que usted sometió la solicitud inicial o la solicitud de renovación, ¿tiene nuevos datos que nos ayuden a localizar el cónyuge, el padre o la madre que vive fuera del hogar? (por ejemplo: domicilio o lugar de trabajo).

No.

Sí. **Suministre la siguiente información, si la sabe.**

Nombre del padre / de la madre: _____

Nombre del cónyuge: _____

Domicilio: _____

Dirección del sitio de trabajo: _____

Padre / madre / cónyuge de: _____

12. ENFERMEDAD, LESIÓN O INCAPACIDAD

No es pertinente

- a. Si usted es ciego o discapacitado y tiene gastos especiales (no médicos) asociados con la retención de su empleo

MARQUE ESTA CASILLA

(Debe adjuntar recibos de esos gastos).

- b. Desde la última vez que usted sometió la solicitud inicial o la solicitud de renovación, ¿algún miembro del grupo familiar es ahora ciego, inválido o incapacitado; o se le ha diagnosticado una enfermedad crónica o recibe cuidados especiales de salud?

Sí. ¿Quién? _____

Explique: _____

- c. Desde la última vez que usted sometió la solicitud inicial o la solicitud de renovación, ¿algún miembro del grupo familiar ha sufrido una lesión o incapacidad causada por un tercero y cuyos gastos asociados con la lesión o incapacidad los cubra otro tipo de seguro que no sea un seguro médico? (Por ejemplo: seguro inmobiliario, seguro de auto o compensación laboral).

Sí. ¿Quién? _____
Explique: _____

LEA LA SECCIÓN SOBRE TÉRMINOS, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES. FIRME, FECHÉ Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO, A MÁS TARDAR PARA LA FECHA INDICADA EN LA PÁGINA 1.

Mi firma al pie de este formulario indica que yo entiendo que cada persona que figura en la lista será inscrita en el programa apropiado, siempre y cuando reúna las condiciones necesarias. Además, he leído y entiendo los términos, derechos y responsabilidades aquí descritas. Yo declaro, so pena de perjurio, que todo lo que figura en el presente formulario de renovación es verdadero hasta donde yo sé.

FIRMA del solicitante o representante

FECHA:

FIRMA (del otro adulto solicitante)

DATE

TÉRMINOS, DERECHOS Y DEBERES

Al completar y firmar este formulario estoy solicitando la renovación de Medicaid y/o Family Health Plus.

Yo entiendo que debo suministrar los datos que comprueben que reúno los requisitos que exige cada programa. Me comprometo a informar inmediatamente de todo cambio que ocurra en cuanto a los datos que suministro en este formulario. Si no puedo obtener los datos solicitados, se lo informaré al distrito de servicios sociales. Es posible que el distrito de servicios sociales me ayude a conseguir la información requerida.

Yo entiendo que el personal encargado de administrar el programa para el cual yo, o los miembros de mi familia, solicito una renovación, puede verificar la información que he proporcionado en este formulario. Las agencias administradoras de los programas mantendrán la información de forma confidencial, conforme lo estipula el código 42 U.S.C. 1396a (a) (7) y 42 CFR 431.300-431.307, y la legislación federal y estatal.

Comprendo que Medicaid, Family Health Plus no pagarán gastos médicos que el seguro u otra persona deba pagar, y que le estoy confiriendo a la agencia todos mis derechos de buscar y recibir apoyo médico de un cónyuge, o padre de una persona menor de 21 años de edad, y mi derecho de buscar y recibir pagos de terceras partes durante todo el tiempo que reciba los beneficios.

Tramitaré todo reclamo de beneficios de seguro de salud o de seguro contra accidentes, o trataré de recuperar todo fondo al que tenga de derecho de recibir. Entiendo que tengo el derecho a declarar un motivo justificado como la causa de mi falta de cooperación en cuanto al uso del seguro médico, si dicha acción perjudicaría mi salud o integridad física, o la salud e integridad física de las personas de las cuales yo tengo la tutela.

Entiendo que al considerar si yo reúno los requisitos de cada programa, no se tomará en cuenta de manera negativa mi raza, color de piel o nacionalidad. También entiendo que, dependiendo de los requisitos individuales de cada programa, mi edad, sexo, discapacidad o ciudadanía, son factores que se podrían considerar al momento de determinar si reúno o no las condiciones exigidas.

Comprendo que si mi hijo/a recibe Medicaid, el o ella puede recibir atención preventiva y primaria integral, incluyendo todo tratamiento necesario que se pueda recibir por medio del programa de Child/Teen Health.

Entiendo que toda persona que, a sabiendas, mienta u oculte la verdad con el propósito de recibir servicios de los programas, estará cometiendo una falta grave y, por lo tanto, estará sujeta a sanciones federales y estatales. Además, es posible que se le pida reembolsar el monto de los beneficios recibidos y pagar multas civiles. El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York (*NYS Department of Tax and Finance*) tiene el derecho a verificar los datos pertinentes a ingresos, según se indican en este formulario.

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE / ESTADO MIGRATORIO: yo declaro, so pena de perjurio, por medio de mi firma en este formulario, que yo, y/o la persona por quien yo firmo, soy/es ciudadano(a) o natural de Estados Unidos o tengo/tiene un estado migratorio aprobado. Un «estado migratorio aprobado» no inhabilita al solicitante a recibir prestaciones sociales. **Información importante:** la oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (*USCIS -siglas en inglés-*) ha establecido que la inscripción en los seguros médicos Medicaid / Family Health Plus y Child Health Plus, NO AFECTA de manera negativa la petición de residencia permanente (*green card*), ciudadanía estadounidense, patrocinio de un miembro de la familia, o la entrada y salida del país, (excepto en aquellos casos en los que Medicaid paga por atención médica a largo plazo provista en centros de salud tales como un hogar de convalecencia (*nursing home*) u hospital psiquiátrico). **El Estado no someterá la información contenida en esta solicitud a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS).**

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: todo solicitante debe suministrar un número de seguro social o someter comprobante de que lo ha solicitado, o de que ha tratado de solicitarlo. Esta regla excluye solamente a las mujeres embarazadas, a los inmigrantes indocumentados y los inmigrantes con estatus temporal que estén solicitando tratamiento debido una condición de salud urgente, y ciertos inmigrantes maltratados. Los miembros de mi familia que no estén solicitando beneficios, no necesitan presentar un número de seguro social. Conforme lo estipula la legislación federal 42 U.S.C. 1320b-7 (a) y la reglamentación de Medicaid 42 CFR 435.910. Los números de seguro social se usan de muchas maneras, tanto dentro del Departamento de Servicios Sociales (DSS) como entre el Departamento de Servicios Sociales y las agencias federales, estatales y locales de Nueva York y de otras jurisdicciones. Algunos de los usos del número de seguro social son: verificar identidad; identificar y verificar ingresos salariales y no-salariales; averiguar si los padres no custodios pueden obtener

cobertura médica para los solicitantes; averiguar si los solicitantes pueden obtener ayuda con los gastos médicos; y averiguar si los solicitantes pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Las agencias gubernamentales de Medicaid, internas y centrales, usan los números de seguro social para comparar datos personales del beneficiario con el fin de garantizar que el beneficiario recibe los servicios adecuados.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: autorizo a las siguientes entidades a revelar información médica sobre mi persona y sobre los miembros de mi familia en cuyo nombre puedo dar autorización: mi prestador de cuidados primarios, otros profesionales de cuidados de la salud o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (*SDOH -siglas en inglés-*), mi seguro médico y todo profesional médico a cargo de mi atención y cuidado o el de mi familia, según sea razonablemente necesario para que mi seguro médico o los profesionales de salud a cargo de mi atención médica cumplan con los tratamientos, pagos y demás trámites administrativos relativos a los cuidados de la salud; autorizo a mi seguro médico y a todo profesional de cuidados de salud, a revelar información a SDOH y a otras agencias autorizadas a nivel federal, estatal y municipal con el propósito de administrar los programas Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus; y a mi seguro médico y a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para que mi seguro médico lleve a cabo tratamientos, pagos y demás trámites administrativos relativos a los cuidados de salud. Además, acepto que la información a ceder contenga mis datos, o los de los miembros de mi familia, con relación a VIH, salud mental, drogadicción o alcoholismo, en la medida permitida por ley. Cada miembro adulto del hogar que solicite el seguro médico Family Health Plus o Medicaid debe firmar la autorización de revelación de información médica.

SERVICIOS ADMINISTRADOS DE MEDICAID: entiendo que si agrego a un miembro de la familia al caso de Medicaid y yo vivo en un condado que exige que los beneficiarios de Medicaid se unan a un plan de salud, el nuevo miembro se unirá al mismo plan de salud del que goza el resto de la familia, salvo que el nuevo miembro esté exento o excluido de dicha acción.

REVELACIÓN DE EXPEDIENTES EDUCATIVOS: autorizo al departamento local de Servicios Sociales y al Estado de Nueva York para que obtengan información relativa a los expedientes educativos de mi(s) hijo(s) aquí nombrado(s), con motivo de reclamar ante Medicaid, un reembolso por servicios recibidos de orientación sobre temas de salud; además, autorizo que esa misma información se comparta con la agencia federal pertinente con el propósito único de realizar auditorías.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA: si mi hijo(a) participa o se le hace una evaluación para saber si puede participar en el programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, yo doy mi permiso al departamento local de servicios sociales y al Estado de Nueva York para que comparta con el programa local de Intervención Temprana, toda información relativa a la habilitación de mi hijo(a) para recibir Medicaid con el fin de remitir las facturas a Medicaid.

Autorizo la revelación de estos datos al centro médico escolar que rinde servicios a los solicitantes.

**USE ONLY
OFFICE USE ONLY**

Worker Signature	Supervisor Signature	Case Disposition

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

Lista de los documentos que aceptan los programas de Asistencia Médica. Consulte el formulario adjunto titulado: «CONTINUACIÓN DE BENEFICIOS DE MEDICAID, FAMILY HEALTH PLUS» donde se le indica el tipo de documento que necesita someter si desea continuar recibiendo el seguro médico.

COMPROBANTE DE INGRESO (todo beneficiario puede elegir enviar comprobante de ingresos actuales, sin embargo, los beneficiarios de Medicaid que actualmente reciben cobertura de servicios de salud a largo plazo, tales como: cuidados a domicilio o cuidados personales, deben enviar comprobante de ingresos actuales).

Ingreso salarial proveniente del empleador.....	Cheque / talón salarial actual (4 semanas consecutivas) o carta del empleador
Ingresos de empleo por cuenta propia.....	Más reciente declaración de impuestos (firmada) o registro de ingresos y gastos
Ingreso de inquilinato / Inquilino-pensionista.....	Carta o talón de cheque del huésped, pensionista o inquilino
Beneficios del Seguro por Desempleo.....	Carta / certificado de asignación de beneficios, cheque de pago de beneficios, correspondencia del Departamento Laboral del Estado de Nueva York
Pensiones privadas / pensión vitalicia.....	Estado de cuenta de pensión vitalicia / de jubilación
Seguro Social.....	Carta / certificado de asignación de beneficios, cheque de pago de beneficios, correspondencia de la Administración del Seguro Social
Pago salarial por baja de enfermedad / Ingreso por incapacidad	Carta / certificado de asignación de beneficios, cheque de pago de beneficios, correspondencia de la fuente de ingresos
Sustento de Menores / Pensión conyugal.....	Carta de la persona que proporciona la manutención, carta del juzgado, talón de cheque de manutención / pensión conyugal
Compensación Laboral.....	Carta o talón de cheque de asignación de beneficios
Pensión para veteranos.....	Carta o talón de cheque de pensión a veteranos de guerra, correspondencia de la Administración de Servicios a Veteranos
Sueldo por servicios en las Fuerzas Armadas.....	Carta o talón de cheque de asignación de beneficios
Intereses / Dividendos / Regalías.....	Estado de cuenta bancaria, cooperativa de crédito o institución financiera Carta del corredor de bolsa. Carta del agente
Ayuda proveniente de otros miembros de la familia.....	Certificación o carta firmada por el miembro de la familia
Ingresos provenientes de un fideicomiso.....	Documento fiduciario

COMPROBANTE DE EMPLEO (los beneficiarios de Medicaid que actualmente están inscritos en el Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid, deben suministrar comprobante de empleo).

Cheque salarial actual / talón salarial Escrito detallado del empleador	Formulario W-2 Declaración de impuestos sobre ingresos
---	---

LUGAR DE RESIDENCIA / DOMICILIO (los beneficiarios de Medicaid que reciben cobertura de servicios de salud a largo plazo, deben de enviar comprobante de todo cambio de domicilio).

Tarjeta de identidad con domicilio actual impreso	Sobre sin ventanilla o postal matasellados, o etiqueta de revista con nombre y fecha
Licencia de conducir emitida en los últimos 6 meses	Factura de servicios públicos facturada en los últimos seis meses (gas, electricidad o cable) o correspondencia de una entidad

Expedientes escolares que muestren domicilio gubernamental
Registro de impuestos inmobiliarios o estado
de cuenta hipotecaria

Carta, contrato de alquiler o recibo de alquiler
(del arrendador) que muestre el domicilio.

GASTOS DE CUIDADO DE MENORES O DE DEPENDIENTES (los beneficiarios de Medicaid que reciben cobertura de servicios de salud a largo plazo, deben de enviar comprobante de gastos, si es pertinente).

Carta de la guardería infantil u otro centro de cuidado de niños / adultos.

PRIMAS DEL SEGURO MÉDICO (someta sólo si es pertinente)

Carta del empleador	Resumen de pagos de primas	Talón de pago
---------------------	----------------------------	---------------

SEGURO MÉDICO PRIVADO O POR EMPLEADOR (proporcione sólo si es nuevo o si ha cambiado desde la última vez que usted solicitó/renovó).

Póliza de seguro	Resumen de pagos de primas	Tarjeta del seguro médico	Aviso de terminación
------------------	----------------------------	---------------------------	----------------------

EMBARAZO

La solicitante embarazada debe adjuntar una carta del profesional médico en la que conste la fecha estimada de parto, a menos que ya nos la haya entregado. Si no puede someter la carta junto con el formulario de renovación, consígala lo más pronto posible y entréguesela a la persona a cargo de su caso.

RECURSOS: los beneficiarios de Medicaid que reciben cobertura de servicios de salud a largo plazo, tales como: cuidados a domicilio o cuidados personales, debe enviar comprobante de recursos vigentes.

Ejemplos de recursos: dinero en cuenta bancaria o cooperativa de crédito, acciones, bonos, fondos de inversión, certificado de depósitos, cuentas de mercado monetario, planes 401k, fondos fiduciarios, valor en efectivo de seguro de vida, o propiedades que se posea. No incluya su casa.

Estado de cuenta bancaria	Póliza de seguro de vida
Escritura o avalúo de inmuebles	Copias de acciones, bonos, valores
Contrato funerario	Documento fiduciario

GASTOS ESPECIALES DE TRABAJO DE PERSONAS CIEGAS / INCAPACITADAS

Si usted está ciego o incapacitado y tiene gastos especiales (no médicos), asociados con la retención de su empleo (por ejemplo, equipo o transporte especial) someta los recibos que detallen el tipo de servicio y de quién lo recibe.

CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE / IDENTIDAD

Documentos que establecen ambas categorías: identidad y ciudadanía estadounidense

- Pasaporte estadounidense;
- Certificado de naturalización (N-550 o N-570); o
- Certificado de ciudadanía estadounidense (N-560 o N-561)

Documentos secundarios que establecen ciudadanía estadounidense pero que también requieren presentar un comprobante de identidad de entre la lista de documentos de identidad indicados a continuación

- Partida de nacimiento en EE.UU. que muestre nacimiento en uno de los 50 Estados de la nación, el distrito de Columbia, Samoa Estadounidense, Isla Swain, Puerto Rico (si nació el día 13 de enero de 1941 o posteriormente), las Islas Vírgenes Estadounidenses (si nació el día 17 de enero de 1917 o posteriormente), Islas Norteñas de Mariana (después del 4 de noviembre de 1986, hora local de las Islas Norteñas de Mariana), o Guam (si nació el día 10 de abril de 1899 o posteriormente);
- Certificación de reporte de nacimiento expedido por el Departamento de Estado (DS-1350);
- Registro de nacimiento en el extranjero de un ciudadano estadounidense (FS-240);
- Certificación de nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios FS-545 o DS-1350);

- o Tarjeta de identificación de ciudadano estadounidense (I-197 o I-179);
- o Tarjeta de identificación expedida por las Islas Norteñas de Mariana (I-873);
- o Tarjeta de amerindio con código de clasificación "KIC" (I-872);
- o Decreto definitivo de adopción que muestre lugar de nacimiento en EE.UU.;
- o Constancia de empleo en el servicio civil del gobierno estadounidense antes del 1° de junio de 1976;
- o Registro oficial de servicio militar que demuestre lugar de nacimiento en EE.UU. (por ejem: DD-214); o
- o Comprobante de que la persona reúne los requisitos para obtener la ciudadanía estadounidense bajo el Acta de Ciudadanía del Niño del 2000.

Documentos de tercer nivel que establecen ciudadanía estadounidense pero menos fidedignos que los documentos secundarios (además requiere de un comprobante de identidad)

- o Extracto de registro del hospital en papel membrete. El registro debe haberse establecido a la fecha del nacimiento y el extracto debe haberse creado por lo menos 5 años con anterioridad a la fecha de la solicitud de Medicaid (en el caso de los niños menores de 16 años, con aproximación a la fecha de nacimiento) y debe de mostrar el lugar de nacimiento en EE. UU. ;
- o Registro de seguro de vida, de salud o documentación similar de seguro, si muestra lugar de nacimiento en EE.UU. y si fue creada con por lo menos 5 años de anterioridad a la fecha de la solicitud (en el caso de niños menores de 16 años, con aproximación al nacimiento);
- o Registro religioso registrado en EE.UU. dentro de los primeros 3 meses del nacimiento en el que se indique el lugar de nacimiento en EE.UU. y, ya sea la fecha de nacimiento, o la edad de la persona a la fecha en que se crea el registro.
- o El primer registro escolar que indique fecha de admisión, lugar y fecha de nacimiento en Estados Unidos y los nombres y lugares de nacimiento de los padres del solicitante.

Documentos de cuarto nivel que establecen ciudadanía estadounidense pero menos fidedignos; deben ser utilizados solamente en casos extremos (necesitan acompañarse de un documento de identidad)

- o Registros del censo nacional o estatal que demuestren ciudadanía estadounidense o lugar de nacimiento en EE. UU.; o
- o Se aceptan los siguientes documentos si estos indican lugar de nacimiento en EE.UU. y fueron creados con por lo menos 5 años de anterioridad a la fecha de la solicitud (en el caso de niños menores de 16 años, con aproximación al nacimiento):
 - o Expedientes de la clínica, del médico o del hospital;
 - o Registro de censo tribal de indígenas Seneca;
 - o Registro de censo tribal de indígenas Navajo de la Oficina de Asuntos Indígenas;
 - o Notificación de registro de nacimiento de la Oficina del Registro Civil de Estados Unidos;
 - o Partida de nacimiento estadounidense diferida y registrada más de 5 años después del nacimiento de la persona;
 - o una carta firmada por el médico o partera que atendió el parto; o
 - o Padrón de nativos de Alaska de la Oficina de Asuntos Indígenas;
- o Registro de ingreso en una institución de convalecencia, una institución de cuidados especializados de enfermería o de otra institución (creados por lo menos 5 años con anterioridad a la fecha de la solicitud) que demuestre lugar de nacimiento en EE.UU.; o
- o Un affidavit por escrito (solamente en casos extremos)

Documentos que establecen identidad

- o licencia de conducir expedida por el Estado o por el territorio la cual contenga, ya sea, una fotografía del individuo o datos identificatorios del él / ella tales como: nombre, edad, sexo, raza, altura, peso o color de ojos. No se puede usar la licencia de conducir de Canadá;
- o carné escolar que contenga fotografía del individuo;
- o tarjeta del servicio militar estadounidense o registro de reclutamiento;
- o tarjeta de identificación expedida por la autoridad local, estatal o federal que contenga los mismos datos que la licencia de conducir;
- o tarjeta de identificación expedida a personas que dependen de un militar;
- o Certificado de porcentaje de sangre indígena, u otro documento tribal de amerindio / o nativo de Alaska que contenga una fotografía o datos de identidad;
- o tarjeta de guardacostas estadounidense de marina mercante;
- o Verificación por medio de cruce de información con el sistema computarizado de organismos del gobierno federal y estatal encargados de la aplicación y cumplimiento de la ley, de los programas de asistencia pública o con el sistema computarizado de agencias encargadas de correccionales;
- o Si no se dispone de **ninguno** de los documentos indicados arriba, una combinación de tres o más documentos corroborantes tales como: certificado de matrimonio, sentencia de divorcio, diploma de la escuela secundaria, título universitario, carné expedido por el empleador, o identificación de lugar de empleo o escritura o título de propiedad. No se aceptan tarjetas de registro de votante;

- o La identidad de individuos incapacitados que se encuentren en instalaciones residenciales de cuidados, que no tengan o no puedan obtener uno de los documentos antes mencionados, puede ser confirmada por el director o administrador de la instalación. Este affidavit debe ser firmado so pena de perjurio pero no necesita ser notariado.
- o Los niños menores de 16 años pueden establecer su identidad por medio de otras maneras:
 - expedientes del médico, clínica u hospital;
 - registros escolares, incluyendo constancia de notas, registros de guarderías infantiles.
 - los registros deben ser verificados por la escuela que los expide;
 - Si no se dispone de otros documentos, se puede presentar un affidavit firmado, so pena de perjurio, por uno de los padres, por el tutor o por la persona a cargo del cuidado del menor. No se debe utilizar un affidavit de identidad si se ha utilizado un affidavit de ciudadanía estadounidense. Los affidavits no necesitan ser notariados. Los affidavits de identidad se pueden utilizar para los menores de 18 años cuando no se dispone de un carné de identidad o de una licencia de conducir dado que el menor no ha cumplido los 18 años de edad.

Comprobantes que establecen ciudadanía estadounidense por medio de la naturalización colectiva

Puerto Rico

- o Comprobante de nacimiento en Puerto Rico al día 11 de abril de 1899 o posteriormente, y una declaración del solicitante o del beneficiario en la que conste que él / ella residía en EE.UU. o en territorio posesión estadounidense o en Puerto Rico al día 13 de enero de 1941; o
- o Comprobante de que el solicitante / beneficiario era ciudadano de Puerto Rico y una declaración del solicitante / beneficiario en la que conste que él / ella residía en Puerto Rico el día 1° de marzo de 1917 y de que él / ella no juramentó lealtad a la patria de España.

Islas Vírgenes Estadounidenses

- o Comprobante de nacimiento en las Islas Vírgenes de EE.UU. y una declaración del solicitante / beneficiario en la que conste que él / ella residía en EE.UU. o en territorio posesión estadounidense o en las Islas Vírgenes Estadounidenses al día 25 de febrero de 1927; o
- o Una declaración del solicitante / beneficiario en la que conste residencia en las Islas Vírgenes de EE. UU. como ciudadano danés al día 17 de enero de 1917 y residencia en EE.UU., en territorio posesión de EE.UU. o en las Islas Vírgenes de EE.UU al día 25 de febrero de 1927, y de que él / ella no hizo promesa de mantener la ciudadanía danés; o
- o Comprobante de nacimiento en las Islas Vírgenes de EE.UU. y una declaración del solicitante / beneficiario en la que conste residencia en EE.UU, en territorio de EE.UU. o territorio en posesión de EE.UU o la Zona del Canal al día 28 de junio de 1932.

Islas Norteñas de Mariana (NMI) (anteriormente parte del territorio en fideicomiso de la Isla del Pacífico – TTPI)

- o comprobante de nacimiento en las Islas Norteñas de Mariana (NMI); ciudadanía de territorio en fideicomiso de las Islas del Pacífico (TTPI) y residencia en las Islas Norteñas de Mariana (NMI), en EE. UU. o en territorio de EE.UU. o territorio en posesión de EE.UU. al día 3 de noviembre de 1986 (hora local de las Islas de Mariana) y una declaración en la que conste de que él / ella no hizo promesa de lealtad a una patria extranjera al 4 de noviembre de 1986 (hora local de Islas Norteñas de Mariana);
- o Comprobante de ciudadanía de territorio en fideicomiso de las Islas del Pacífico (TTPI); residencia ininterrumpida en las Islas Norteñas de Mariana desde antes del 3 de noviembre de 1981 (hora local de las Islas Norteñas de Mariana); registro de inscripción de votante de antes del 1 de enero de 1975 y una declaración del solicitante / beneficiario en la que consta de que él / ella no hizo promesa de lealtad a una patria extranjera al 4 de noviembre de 1986 (hora local de las Islas Norteñas de Mariana); o
- o Comprobante de domicilio ininterrumpido en las Islas Norteñas de Mariana desde antes del 1 de enero de 1974, y una declaración del solicitante / beneficiario en la que consta de que él / ella no hizo promesa de lealtad a una patria extranjera al día 4 de noviembre de 1986 (hora local de las Islas Norteñas de Mariana). Si una persona ingresó a las Islas Norteñas de Mariana como un no inmigrante y vivió en las Islas Norteñas de Mariana desde el 1 de enero de 1974, esa estadía no se considera domicilio ininterrumpido, y por lo tanto, la persona no se considera ciudadano estadounidense.

Situación migratoria

- o Los siguientes son los formularios más comunes de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS):
 - I-551 Tarjeta de Residencia Permanente;
 - I-94 Registro de entrada / salida;
 - I-688B o I-766 Tarjeta de Autorización de Empleo;
- o Formulario I-797 Notificación de Acción Tomada por la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (USCIS); o
- o Comprobante de residencia ininterrumpida en Estados Unidos desde antes de 1972.

NOTA: si solamente solicita prestaciones del Programa de Asistencia Médica, no tiene que informarnos si usted es ciudadano estadounidense o sobre su situación migratoria, si usted:

- está embarazada; o
- es un inmigrante indocumentado que solicita prestaciones de cobertura del programa de Asistencia Médica debido a una situación médica de emergencia. (Vea la sección de Asistencia Médica del Libro 2, LDSS-4148B-SP del DEPARTAMENTO LOCAL DE SERVICIOS SOCIALES, para obtener más información sobre ciudadanía estadounidense o situación de extranjero).