

## DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que proporciona en esta solicitud permanecerá confidencial. Las únicas personas que verán esta información son los asistentes de afiliación y las agencias locales o estatales y los proveedores de planificación familiar que necesiten conocer esta información con el fin de determinar si usted (el solicitante) es elegible. La persona que le ayude con esta solicitud no puede hablar sobre la información con nadie, excepto con un supervisor o las agencias locales o estatales o proveedores de planificación familiar que necesiten esta información.

## INSTRUCCIONES

Estas son las instrucciones para completar la solicitud del Family Planning Benefit Program. Esta solicitud es solo para personas que solicitan el Programa de Family Planning Benefit Program (FPBP).

Debe firmar el rechazo en la solicitud indicando que no desea que se determine su elegibilidad para Medicaid. Puede solicitar Medicaid en cualquier momento en el futuro. El programa Medicaid cubre muchos otros servicios de atención médica además de los servicios de planificación familiar. Si desea que se determine su elegibilidad para Medicaid, deberá solicitarlo a través del sitio web de NY State of Health en <http://healthbenefitexchange.ny.gov/>.

Lea la solicitud e instrucciones completas antes de empezar a llenar la solicitud. Puede adjuntar una hoja adicional de papel si no tiene suficiente espacio para sus respuestas en la solicitud.

## SECCIÓN A

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

En esta sección, le pedimos su nombre legal completo e información sobre cómo comunicarnos con usted. La dirección de domicilio es en donde vive. La tarjeta de identificación para beneficios comunes, todos los avisos y otra información se enviarán a su dirección de domicilio a menos que proporcione una dirección postal distinta.

Si desea usar una dirección postal diferente por motivos de confidencialidad, indíquelo a la persona que lo está ayudando y complete la sección llamada 'Dirección postal' para asegurarse de que toda la correspondencia se le enviará a la dirección que solicita. Si no necesita usar una dirección postal diferente, marque la casilla 'No se necesita una dirección confidencial'.

Para evitar retrasos, marque la casilla o proporcione una dirección postal diferente.

## SECCIÓN B

### INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Indique su nombre y los nombres de las personas en su familia que viven con usted. Enumerar otros miembros del hogar nos permite darle un nivel más alto de elegibilidad. Puede incluir a su cónyuge y a sus hijos (menores de 21 años), aunque ellos no estén presentando una solicitud. Llene la información solicitada para cada miembro del hogar que se describe:

- Se debe proporcionar un número de Seguro Social para la persona que presenta la solicitud. Si no tiene un número de Seguro Social, debe solicitar uno. No es necesario para otros miembros del hogar.
- Raza/grupo étnico: Esta información es opcional. Se solicita para asegurarnos de que todas las personas tengan acceso al programa. Si llena esta información, utilice uno de los códigos que se muestran en la solicitud que describa mejor su raza o antecedentes étnicos.

## SECCIÓN C

### INGRESO

En esta sección, describa todos los tipos de ingreso y el monto bruto que recibe. Asegúrese de incluir los ingresos actuales del trabajo, empleo independiente, beneficios por desempleo, intereses, beneficios del Seguro Social, pensiones, pagos por discapacidad, dinero de familiares o amigos o cualquier otro tipo de pago recibido. Asegúrese de describir sus ingresos brutos, o sea, la cantidad antes de cualquier impuesto y deducción.

Si no tiene ingresos, explique de qué vive.

Si tiene alguna factura médica sin pagar, relacionada con la planificación familiar, de los últimos 3 meses, debe proporcionar evidencia de sus ingresos y residencia para los meses en los que recibió los servicios no pagados.

Para evitar retrasos, explique si recientemente empezó o terminó un empleo. Nuestro sistema informático busca coincidencias de ingresos. Es posible que le pidan explicar o documentar cualquier discrepancia.

**SECCIÓN D****CIUDADANÍA/ESTATUS MIGRATORIO**

Esta información es necesaria para todas las personas que solicitan el Family Planning Benefit Program. El Estado no transmitirá ninguna información en esta solicitud a USCIS, anteriormente el INS. Debe proporcionar la documentación de ciudadanía e identidad de conformidad con los lineamientos federales. La persona que le ayuda con su solicitud le indicará cuáles se consideran formas aceptables de documentación.

Para los ciudadanos de EE. UU., el Estado hará una comparación de datos usando su número de Seguro Social para verificar la identidad, ciudadanía y fecha de nacimiento.

**SECCIÓN E****SEGURO MÉDICO**

Es importante que nos indique si tiene seguro médico o si está cubierto por el seguro médico de alguien más, debido a que:

- Esto nos ayuda a determinar qué seguro deberá pagar primero. Medicaid siempre es el pagador de último recurso; se le facturará a cualquier otro seguro que tenga antes que a Medicaid.
- Si está cubierto por el seguro de alguien más, es posible que se envíe una notificación al titular de la póliza que indique que los servicios de planificación familiar se pagaron en su nombre.

Si tiene Medicaid, Medicare o Child Health Plus, háganoslo saber. Esto nos puede ayudar a reducir la documentación para usted.

Si no sabe si está cubierto por otro seguro médico, marque 'No sé'.

Si desea que esta solicitud y la recepción de FPBP no se informen al titular de la póliza de seguro médico, marque 'Sí' en la casilla para la pregunta que indica si la facturación por cualquier otro seguro médico podría dañar o interferir con su privacidad o confidencialidad. Deberá informar a la persona que le ayuda con la solicitud, también.

Asegúrese de proporcionarnos una dirección de correo confidencial y número de contacto para que podamos mantener privada toda la información con relación a su solicitud y cualquier otro aviso posterior (incluyendo la información de renovación) si se determina que usted es elegible. Si su dirección de residencia o postal cambia, asegúrese de informar al Departamento de Servicios Sociales de su localidad tan pronto como sea posible.

Firme con su nombre y escriba la fecha en su solicitud en la página de atrás.