



FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION

Seth W. Diamond, Executive Deputy Commissioner




James K. Whelan, Deputy Commissioner
Policy, Procedures, and Training

Lisa C. Fitzpatrick, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #09-82-OPE (This Policy Bulletin Replaces PB #02-63-OPE)

OBSOLETE FORMS

Date: June 30, 2009	Subtopic(s): Forms
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to inform all Job Center staff that the Notice of Approval of Transitional Medicaid Extension (W-560R) and the Congratulations! (W-562A) forms are now obsolete.</p> <p>The automatic coverage period for the Transitional Medicaid Program was recently extended from six to twelve months. As a result of this change, Transitional Medicaid extension requests are no longer necessary at the end of the first six months.</p> <p>Form W-562A was used to inform Transitional Medicaid participants nearing the end of the six-month automatic coverage period that they may be eligible for an additional six-month extension. Form W-562A included a Quarterly Report/Application form used to determine eligibility for the extension.</p> <p>Form W-560R was used to notify participants that their six-month Transitional Medicaid extension had been approved.</p> <p>The Medical Insurance and Community Services Administration (MICSA) is currently developing a new Medical Assistance Program (MAP) notice. The newly created MAP notice will be sent to inform individuals who have had their Cash Assistance (CA)/Medical Assistance (MA) cases closed for employment reasons that they will be receiving extended Medicaid coverage for twelve months.</p> <p>Job Center Directors must ensure that all versions of forms W-560R and W-562A and their multilingual equivalents are removed from circulation and recycled.</p> <p><i>Effective Immediately</i></p>

HAVE QUESTIONS ABOUT THIS PROCEDURE?
Call 718-557-1313 then press 3 at the prompt followed by 1 or
send an e-mail to *FIA Call Center*

🖨 Please use Print on Demand to obtain copies of forms.

Attachments:

- W-560R** Notice of Approval of Transitional Medicaid Extension (Rev. 11/29/04) (Obsolete)
- W-560R (S)** Notice of Approval of Transitional Medicaid Extension (Spanish) (Rev. 11/29/04) (Obsolete)
- W-562A** Congratulations! (Rev. 3/6/01) (Obsolete)



Notice Date: _____

Case Number: _____

Case Name: _____

CIN: _____

Center: _____

Caseload: _____

Worker Telephone: _____

FH&C Telephone: _____

Notice of Approval of Transitional Medicaid Extension

The agency's decision(s) on your assistance program(s) is/are explained below, next to the checked box(es) .

MEDICAL ASSISTANCE

This notice is to inform you that the Transitional Medicaid coverage for you and your child(ren) (if applicable) has been extended:

For three (3) months, effective _____ (date) to _____ (date). You may also be eligible for an additional three (3) months of Medicaid coverage under this special program. A final Quarterly Report/Application will be mailed to you.

For its final three (3) months, effective _____ (date) to _____ (date).

Medicaid benefits under this special program last for a maximum of 12 months starting from the month your public assistance case was closed due to employment reasons. If you want your eligibility for continued Medicaid determined, you must go to one of the Medicaid offices listed on Section 2 of this notice one month before your benefits are discontinued. Show this notice to the receptionist.

The law(s) and/or regulation(s) which allow(s) us to do this is/are 18 NYCRR § 360-2.6(b) and § 360-3.3(c).

JOS/Worker

Date

Supervisor

Date

**YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION.
BE SURE TO READ THE CONFERENCE AND FAIR HEARING INFORMATION SECTION OF THIS
NOTICE ON HOW TO APPEAL THIS DECISION.**

SECTION TWO – MEDICAID OFFICES		
BRONX	BRONX LEBANON HOSPITAL MEDICAID OFFICE	1316 Fulton Avenue (718) 860-4634/5
	JACOBI HOSPITAL MEDICAID OFFICE	1400 Pelham Pkwy (Ambulatory Care Pavilion – 1st Floor) (718) 822-5432/35
	LINCOLN HOSPITAL MEDICAID OFFICE	234 East 149th Street, Basement, Room B-75 (718) 585-7872/7920
	MORRISANIA MEDICAID OFFICE	1225 Gerard Avenue, Basement (718) 960-2752/99
	NORTH CENTRAL BRONX HOSPITAL MEDICAID OFFICE	3424 Kossuth Avenue, 1st Floor, Room 1A-05 (718) 920-1070
BROOKLYN	BOERUM HILL* MEDICAID OFFICE	35 4th Avenue (718) 623-7427/28
	CONEY ISLAND MEDICAID OFFICE	30-50 West 21st Street (718) 333-3000/01
	KINGS COUNTY HOSPITAL MEDICAID OFFICE	441 Clarkson Avenue "T" Bldg, Nurses' Residence, 1st Floor (718) 221-2300/01
	EAST NEW YORK MEDICAID OFFICE	2094 Pitkin Avenue, Basement (718) 922-8292/93
	WOODHULL HOSPITAL MEDICAID OFFICE	760 Broadway (Ground Floor) (718) 630-3397/3398
MANHATTAN	BELLEVUE HOSPITAL* MEDICAID OFFICE	466 First Avenue & 27th Street, "G" Link, 1st Floor (212) 679-7424
	COLUMBIA-PRESBYTERIAN HOSPITAL MEDICAID OFFICE	622 West 168th Street, 1st Floor – PH 040 (212) 342-5102/03
	GOVERNEUR HOSPITAL MEDICAID OFFICE	227 Madison Street, 7th Floor (212) 238-7790
	HARLEM HOSPITAL MEDICAID OFFICE	530 Lenox Avenue (Ron Brown Bldg), 1st Floor, Room 1061 (212) 939-8504 (Use the 137th Street entrance)
	METROPOLITAN HOSPITAL* MEDICAID OFFICE	1901 2nd Avenue, 1st Floor, Room 1D-27 (212) 423-7006
	MEDICAID RENEWAL (ONLY)	340A West 34th Street, 1st Floor Health Stat Phoneline: (888) 692-6116
QUEENS	ELMHURST HOSPITAL MEDICAID OFFICE	79-01 Broadway, Room D4-17 (718) 476-5904
	FAR ROCKAWAY MEDICAID OFFICE	219 Beach 59th Street, 1st Floor (718) 634-6910
	JAMAICA* MEDICAID OFFICE	90-75 Sutphin Boulevard, 6th Floor (718) 523-5699
S. I.	STATEN ISLAND MEDICAID OFFICE	215 Bay Street (718) 420-4660/4732

* Rosenberg Sites

Note: Offices are open Monday to Friday, 9 AM – 5 PM except Coney Island which is also open on Saturday 9 AM – 12 PM.

Conference and Fair Hearing Information

CONFERENCE

If you think our decision is wrong, or if you do not understand our decision, please call us to set up a conference (informal meeting with us). To do this, call the Fair Hearing and Conference (FH&C) unit phone number on **page 1** of this notice or write to us at the address on **page 1** of this notice. Sometimes this is the fastest way to solve a problem you may have. We encourage you to do this even if you have asked for a Fair Hearing. If you ask for a conference, you are still entitled to a Fair Hearing.

STATE FAIR HEARING

How to Ask for a Fair Hearing: If you believe the decision(s) we are making is/are wrong, you may request a State Fair Hearing by telephone, writing, fax, in person or online.

- (1) **TELEPHONE:** Call **(800) 342-3334**. (Please have this notice in hand when you call.)
- (2) **WRITE:** Send a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Please keep a copy for yourself.)
- (3) **FAX:** Fax a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to: **(518) 473-6735**.
- (4) **IN PERSON:** Bring a copy of the entire notice, with the "Fair Hearing Request" section completed, to the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance at either:
14 Boerum Place, Brooklyn or **330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.**
- (5) **ONLINE:** Complete an online request form at: <http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

What to Expect at a Fair Hearing: The State will send you a notice that tells you when and where the Fair Hearing will be held. At the hearing, you will have a chance to explain why you think our decision is wrong. To help explain your case, you can bring a lawyer and/or witnesses such as a relative or a friend to the hearing, and/or give the Hearing Officer any written documentation related to your case such as: pay stubs, leases, receipts, bills and/or doctor's statements, etc. If you cannot come yourself, you can send someone to represent you. If you are sending someone who is not a lawyer to the hearing instead of you, you must give that person a letter to show the Hearing Officer that you want that person to represent you. At the hearing, you, your lawyer or your representative can also ask questions of witnesses whom we bring, or you bring, to explain the case.

LEGAL ASSISTANCE: If you need free legal assistance, you may be able to obtain such assistance by contacting your local Legal Aid Society or other legal advocate group. You may locate the nearest Legal Aid Society or advocate group by checking the Yellow Pages under "Lawyers."

ACCESS TO YOUR FILE AND COPIES OF DOCUMENTS: To help you get ready for the hearing, you have a right to look at your case files. If you call, write or fax us, we will send you free copies of the documents from your files, which we will give to the Hearing Officer at the Fair Hearing. Also, if you call, write or fax us, we will send you free copies of specific documents from your files which you think you may need to prepare for your Fair Hearing. To ask for documents or to find out how to look at your file, call (718) 722-5012, fax (718) 722-5018 or write to **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. If you want copies of your documents from your case file, you should ask for them ahead of time. Usually, they will be sent to you within three working days of when you asked for them. If you make your request less than five working days before your hearing, your case file documents may be given to you at your hearing.

INFORMATION: If you want more information about your case, how to ask for a Fair Hearing, how to see your file or how to get additional copies of documents, call or write to us at the phone number/address listed on **page 1** of this notice.

FAIR HEARING REQUEST

Deadline: If you want the State to review our decision, you must ask for a Fair Hearing within sixty (60) days from the date of the notice for medical assistance issues.

If you cannot reach the New York State Office of Temporary and Disability Assistance by phone, by fax, in person or online, please write to ask for a Fair Hearing before the deadline.

I want a Fair Hearing. The Agency's decision is wrong because:

OBSOLETE

Print Name: _____ Case Number: _____
First Name M.I. Last Name

Address: _____ Telephone: _____
Address Line 1

Address Line 2

City State Zip Code

Signature: _____ Date: _____

Fecha del Aviso: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

CIN: _____

Centro: _____

Unidad de Casos: _____

Núm. de Tel. de Trabajador: _____

Núm. de Tel. de FH&C: _____

Aviso de Aprobación de la Extensión del Medicaid de Transición

La(s) decisión(es) de la agencia con respecto a su(s) programa(s) de asistencia se explica(n) más abajo, junto a la(s) casilla(s) marcada(s) .

ASISTENCIA MÉDICA

El propósito de este aviso es informarle que su cobertura de Medicaid de Transición (Transitional Medicaid) y la cobertura de su(s) niño(s) (si corresponde) se ha prolongado.

Por tres (3) meses, desde el _____ (fecha) al _____ (fecha). Puede que usted también sea elegible por unos tres (3) meses adicionales de cobertura de Medicaid bajo este programa especial. Un Informe/Solicitud Trimestral le será enviado por correo.

Por los tres (3) últimos meses, desde el _____ (fecha) al _____ (fecha), los beneficios de Medicaid bajo este programa especial duran solamente un máximo de 12 meses a partir del mes en que su caso de asistencia pública fue cerrado por razones de empleo. Si usted desea que se determine su elegibilidad para continuar con Medicaid, usted debe dirigirse a una de las oficinas de Medicaid indicadas en la Sección 2 de este aviso un mes antes de que sus beneficios le sean discontinuados. Muéstrole este aviso a la recepcionista.

La(s) disposicion(es) legal(es) y reglamentaria(s) que nos permite(n) obrar de tal forma es/son 18 NYCRR § 360-2.6(b) y § 360-3.3(c).

JOS/Trabajador

Fecha

Supervisor

Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.
ASEGÚRESE DE LEER LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONFERENCIAS Y AUDIENCIAS IMPARCIALES
DE ESTE AVISO SOBRE CÓMO APELAR CONTRA ESTA DECISIÓN.**

SECCIÓN DOS – OFICINAS DE MEDICAID		
BRONX	BRONX LEBANON HOSPITAL MEDICAID OFFICE	1316 Fulton Avenue (718) 860-4634/5
	JACOBI HOSPITAL MEDICAID OFFICE	1400 Pelham Pkwy (Ambulatory Care Pavilion – 1st Floor) (718) 822-5432/35
	LINCOLN HOSPITAL MEDICAID OFFICE	234 East 149th Street, Basement, Room B-75 (718) 585-7872/7920
	MORRISANIA MEDICAID OFFICE	1225 Gerard Avenue, Basement (718) 960-2752/99
	NORTH CENTRAL BRONX HOSPITAL MEDICAID OFFICE	3424 Kossuth Avenue, 1st Floor, Room 1A-05 (718) 920-1070
BROOKLYN	BOERUM HILL* MEDICAID OFFICE	35 4th Avenue (718) 623-7427/28
	CONEY ISLAND MEDICAID OFFICE	30-50 West 21st Street (718) 333-3000/01
	KINGS COUNTY HOSPITAL MEDICAID OFFICE	441 Clarkson Avenue "T" Bldg, Nurses' Residence, 1st Floor (718) 221-2300/01
	EAST NEW YORK MEDICAID OFFICE	2094 Pitkin Avenue, Basement (718) 922-8292/93
	WOODHULL HOSPITAL MEDICAID OFFICE	760 Broadway (Ground Floor) (718) 630-3397/3398
MANHATTAN	BELLEVUE HOSPITAL* MEDICAID OFFICE	466 First Avenue & 27th Street, "G" Link, 1st Floor (212) 679-7424
	COLUMBIA-PRESBYTERIAN HOSPITAL MEDICAID OFFICE	622 West 168th Street, 1st Floor – PH 040 (212) 342-5102/03
	GOVERNEUR HOSPITAL MEDICAID OFFICE	227 Madison Street, 7th Floor (212) 238-7790
	HARLEM HOSPITAL MEDICAID OFFICE	530 Lenox Avenue (Ron Brown Bldg), 1st Floor, Room 1061 (212) 939-8504 (Use the 137th Street entrance)
	METROPOLITAN HOSPITAL* MEDICAID OFFICE	1901 2nd Avenue, 1st Floor, Room 1D-27 (212) 423-7006
	MEDICAID RENEWAL (ONLY)	340A West 34th Street, 1st Floor Health Stat Phoneline: (888) 692-6116
QUEENS	ELMHURST HOSPITAL MEDICAID OFFICE	79-01 Broadway, Room D4-17 (718) 476-5904
	FAR ROCKAWAY MEDICAID OFFICE	219 Beach 59th Street, 1st Floor (718) 634-6910
	JAMAICA* MEDICAID OFFICE	90-75 Sutphin Boulevard, 6th Floor (718) 523-5699
S. I.	STATEN ISLAND MEDICAID OFFICE	215 Bay Street (718) 420-4660/4732

* Locales de Rosenberg

Nota: Las oficinas están abiertas de lunes-viernes de 9 AM – 5 PM excepto Coney Island que además abre los sábados de 9 AM – 12 PM.

Información sobre Conferencias y Audiencias Imparciales

CONFERENCIA

Si usted considera que nuestra decisión ha sido errónea, o si no la entiende, por favor llámenos para arreglar una conferencia (reunión informal con nosotros). Para ello, llame al número de teléfono de la unidad de Audiencias Imparciales y Conferencias (FH&C) que aparece en la **primera página** de este aviso, o escribanos a la dirección que también aparece en la **primera página** de este aviso. A veces este resulta el modo más rápido de solucionar algún problema que pueda tener. Le recomendamos que así lo haga, aun si ha pedido una Audiencia Imparcial. En el caso de solicitar una conferencia, usted seguirá teniendo derecho a una Audiencia Imparcial.

AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

Cómo Solicitar una Audiencia Imparcial: Si usted considera que la(s) decisión(es) que estamos tomando es/son errónea(s), puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por teléfono, por escrito, por fax, en persona o por Internet.

(1) **POR TELÉFONO:** Llame al **(800) 342-3334**. (Favor de tener este aviso a la mano cuando llame.)

(2) **POR ESCRITO:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a:
Office of Administrative Hearings
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201
(Favor de guardar una copia para usted.)

(3) **POR FAX:** Envíe una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, al número: **(518) 473-6735**.

(4) **EN PERSONA:** Traiga una copia de todo el aviso, con la sección "Petición de Audiencia Imparcial" llenada, a la Oficina de Audiencias Administrativas, Oficina de Asistencia Temporal y para Incapacitados del Estado de Nueva York (Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary and Disability Assistance) a cualquiera de las siguientes direcciones:
14 Boerum Place, Brooklyn o 330 West 34th Street, 3rd floor, Manhattan.

(5) **POR INTERNET:** Complete una solicitud de formulario electrónico conectándose a:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>

Qué Puede Esperar de La Audiencia Imparcial: El Estado le enviará una notificación que le informará de cuándo y dónde se llevará a cabo la Audiencia Imparcial. En la audiencia, usted tendrá la oportunidad de explicar la razón por la que considera que nuestra decisión es errónea. Para ayudarle a presentar su caso, usted puede traer a la audiencia a un abogado y/o testigos como familiares o amigos, y/o entregarle al Funcionario de la Audiencia cualquier documento escrito relacionado con su caso tal como: talones de paga, contratos de arrendamiento, recibos, cuentas y/o declaraciones médicas, etc. Si no puede acudir a la audiencia, puede enviar a alguien que le represente. Si tal representante no es abogado, usted debe proporcionarle una carta para que el Funcionario de la Audiencia sepa que usted desea que tal persona le represente. Durante la audiencia, usted, su abogado o su representante también pueden interrogar a los testigos por parte nuestra o suya, para aclarar el caso.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, podría obtener tal asistencia comunicándose con la Sociedad de Ayuda Legal (Legal Aid Society) de su localidad u otro grupo legal de abogacía. Usted puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o grupo de obogacía más cercano buscando en las Páginas Amarillas (Yellow Pages) bajo "lawyers" (abogados).

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarle a prepararse para la audiencia, usted tiene el derecho de revisar los archivos de su caso. Si usted nos llama, nos escribe o nos manda un facsímil, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos que se encuentran en su archivo, los mismos que se entregarán al Funcionario de Audiencias durante la Audiencia Imparcial. Además, si usted nos llama, nos escribe o nos manda su petición por facsímil, le enviaremos copias gratuitas de documentos específicos contenidos en su archivo y que usted considere necesarios para prepararse para la Audiencia Imparcial. Para pedir documentos o para averiguar como revisar su archivo, llámenos al (718) 722-5012, por facsímil al (718) 722-5018 o escriba a: **HRA Division of Fair Hearing, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York 11201**. Si desea copias de documentos contenidos en su archivo, debe pedirlos con anticipación. Generalmente, éstas se le enviarán dentro de tres días laborales a partir de la fecha en que las pida. Si solicita las copias menos de cinco días laborales antes de la fecha en que se celebrará su audiencia, se le podrían entregar el día de la audiencia.

INFORMACIÓN: Si desea más información sobre su caso, cómo pedir una Audiencia Imparcial, cómo revisar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, llame o escribanos al número telefónico y/o dirección que aparecen en la **primera página** de este aviso.

PETICIÓN DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Fecha Límite: Si usted desea que el Estado revise nuestra decisión, tiene que solicitar una Audiencia Imparcial dentro de sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso para asuntos de asistencia médica.

Si no logra comunicarse con la New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Oficina del Estado de Nueva York de Asistencia Temporal y para Incapacitados) por teléfono, por fax, en persona o por Internet, favor de enviar por escrito su solicitud de Audiencia Imparcial antes de la fecha límite.

Deseo una Audiencia Imparcial. La decisión de la agencia es errónea porque:

OBSOLETE

Nombre en Letra de Molde: _____ I. _____ Apellido _____ Número de Caso: _____

Dirección: _____
Línea 1 de Dirección _____
Línea 2 de Dirección _____
Teléfono: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Firma: _____ Fecha: _____



CONGRATULATIONS!

This is to inform you that, because your public assistance case was closed for employment reasons, you were automatically covered by TRANSITIONAL MEDICAID. This extended Medicaid coverage began on the date that your public assistance case was closed and continued for a period of six (6) months from that date. You may be eligible to receive TRANSITIONAL MEDICAID for an additional six (6) months after the initial automatic period. However, there are certain reporting requirements that you must follow in order to maintain this eligibility for TRANSITIONAL MEDICAID.

Enclosed is a Quarterly Report/Application.

You must answer all the questions, attach necessary documentation and return this Quarterly Report/Application in the enclosed envelope before the deadline indicated on the report. Be sure to include your pay stubs from work, as these can be used to document your income. Otherwise, a letter from your employer on company stationery will be acceptable.

During the period of extended TRANSITIONAL MEDICAID coverage, we will reimburse you for any Third Party Health Insurance premiums that you pay. This means that if you have health insurance through your employer, we will pay for any contribution you make toward your insurance coverage. But, you are **required** to participate in your employer's plan to be part of the Transitional Medicaid Program. If your employer's plan makes coverage for your family available, you must take this coverage and send us proof of your payments. We will reimburse you immediately.

You must inform the WORK RELATED BENEFITS PROGRAM promptly of any change in your needs, income, property, living arrangements or address.

If you do not want extended Medicaid benefits to continue, you may choose to decline coverage. You do this by calling (212) 835-7681 or writing to the WORK RELATED BENEFITS PROGRAM at: 109 East 16th Street, New York, NY 10003. Or if you have any questions about this program, please feel free to call the above number.



¡FELICIDADES!

La presente es para informarle que, debido a que su caso de asistencia pública fue cerrado por razones de empleo, usted quedó automáticamente cubierto por MEDICAID DE TRANSICIÓN (Transitional Medicaid). Esta extensión de la cobertura de Medicaid comenzó en la fecha en que su caso fue cerrado y continuó por un período de seis (6) meses desde esa fecha. Usted puede que sea elegible para recibir MEDICAID DE TRANSICIÓN por otros seis (6) meses adicionales después del período automático inicial. Sin embargo, hay ciertos requisitos para informar que tiene que seguir para poder conservar esta elegibilidad para MEDICAID DE TRANSICIÓN.

Adjunto esta un Informe Trimestral/Solicitud

Usted tiene que contestar todas las preguntas, adjuntar los documentos necesarios y devolver este Informe Trimestral/Solicitud en el sobre adjunto antes de la fecha límite. Asegúrese de incluir sus talonarios de pago, ya que pueden servir para documentar su ingreso. De lo contrario, una carta de su empleador en papel oficial de la compañía será aceptada.

Durante el período de extensión de la cobertura de MEDICAID DE TRANSICIÓN, le reembolsaremos por cualquier prima que usted pague por Seguro de Salud de una Tercera Persona (Third Party Health Insurance). Esto significa que si usted tiene seguro de salud a través de su empleador, nosotros pagaremos por cualquier contribución que usted haga hacia la cobertura de su seguro. Pero se **requiere** que participe en el plan de su empleador para ser parte del Programa de Medicaid de Transición. Si el plan de su empleador también hace la cobertura disponible para su familia, usted tiene que tomar ésta cobertura y enviarnos prueba de sus pagos. Le reembolsaremos inmediatamente.

Usted tiene que informarle rápidamente al PROGRAMA DE BENEFICIOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO (Work Related Benefits Program) de cualquier cambio en sus necesidades, ingreso, propiedad, arreglos en cuanto a su alojamiento o dirección.

Si usted no desea que continúe la extensión de beneficios de Medicaid, usted puede declinar la cobertura. Puede hacerlo llamando al (212) 835-7681 o escribiendo al PROGRAMA DE BENEFICIOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO a: 109 East 16th Street, New York, NY 10003. O si tiene cualquier pregunta acerca de éste programa, siéntase en libertad de llamar al número de arriba.