




OFFICE OF POLICY, PROCEDURES, AND TRAINING

James K. Whelan, Executive Deputy Commissioner

Stephen Fisher, Assistant Deputy Commissioner
Office of Procedures

POLICY BULLETIN #17-06-OPE (Use in Conjunction with HRA-PB #02-2016)

CHANGING GENDER DESIGNATION IN THE WELFARE MANAGEMENT SYSTEM (WMS); UPDATING EMEDNY WITH NEW MEDICAID (MA) RESTRICTION/EXEMPTION (R/E) CODES

Date: January 24, 2017	Subtopic(s): Gender, WMS, eMedNY
<p> This procedure can now be accessed on the FIAweb.</p> <p>Refer to HRA-PB #02-2016</p> <p>HRA-138</p>	<p>The purpose of this policy bulletin is to provide Job Center and Non Cash Assistance (NCA) Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) staff information and instructions on processing requests for changes in a transgender individual's gender designation in the Welfare Management System (WMS). This policy bulletin will also provide information on Restriction/Exception (R/E) codes in eMedNY for transgender health services covered by Medicaid (MA) and instructions for completing requests to have these codes added/modified in eMedNY.</p> <p>When a transgender applicant/participant requests a change in their gender designation in WMS and/or to their name (outside of demographic entry error), the individual must be provided the Name and Gender Change for Transgender Clients (HRA-138) as well as the Name and Gender Change for Transgender Clients: Frequently Asked Questions (FAQ) (HRA-138b).</p> <p>Note: If the applicant/participant is making the request at Customer Service Information Center (CSIC) and indicates that they would like to make or discuss the request in a more private setting, they should be referred to a CSIC Supervisor with as little a delay as possible, following existing Model Office routing processes.</p> <p>The HRA-138 is the mechanism in which an individual may make the request for a name/gender change. The HRA-138 is also used for requests to remove gender restrictions on health coverage (change in R/E codes in eMedNY). Staff must ensure that individuals review and understand the questions regarding gender restrictions as they will impact some of the medical services the individual will be eligible for.</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 Fax* or fax to: (917) 639-0298

In addition to giving individuals the opportunity to make the request, the **HRA-138** also provides the documents that may be used to support the requests. The list of documents is based on the State regulatory changes made in March 2015.

HRA-138b

The **HRA-138b** provides individuals with some important information that may be relevant based on their needs.

In-Person Requests

Once an applicant/participant submits a request for change using the **HRA-138** and submits supporting documentation, the Worker must scan and index all the documents, provide a completed Documentation Receipt (**EXP-76R**) to the applicant/participant and then alert the Special Project Center (SPC) by email at DemoChange@hra.nyc.gov. For a list of acceptable documentation, please see **Attachment A**.

Medical Note

The lone exception to this workflow is if the applicant/participant submits a medical note as supporting documentation. In these instances only, the worker must forward a copy of the request and the medical documentation to the center's designated liaison. The liaison will be responsible for indexing the documentation into a protected document class. To do this, the medical note must be indexed as "Confidential Documentation For Demographic Change" which can be found in the Personal Documents folder when indexing. Once the documents are indexed, the liaison will email SPC. See **Attachment B** for a sample doctor's letter that would fall into this category.

No Documentation at time of request

If an applicant/participant does not have the necessary documentation at the time of the request, they should be reminded of the documentation required (listed both on the **HRA-138B** as well as the **HRA-138**) and told to either return with the necessary documents or inform them that the documents may be mailed to SPC. Applicants/participants should be provided with a business reply envelope for the SPC, which each location will maintain a small stock of, and told to use that envelope if they choose to mail the request and documents.

Note: There are no time limits in which the individual must provide the documentation. However, HRA must make every effort to complete the process within 14 days of the completed request which includes the documentation submission.

Telephone Requests

If an individual makes the request over the telephone, staff must send them the **HRA-138** and the **HRA-138b**. Staff must instruct the individual to return the **HRA-138** along with any supporting documentation to the SPC. Along with the **HRA-138 and HRA-138b**, staff must send a business reply envelope for the SPC to the applicant/participant. As noted above, each center will maintain a small stock of these envelopes used solely for these requests.

Special Project Center

Role of the Special Project Center

SPC staff will be responsible for processing requests for name and/or gender designations in the Paperless Office System (POS) and WMS. This includes requests received directly from the Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Questioning and Intersex (LGBTQI) Affairs office.

SPC will also be responsible for compiling and forwarding a list of change requests to Clarivette Medina (medinacl@hra.nyc.gov) and Karen Richardson (richardsonka@hra.nyc.gov) of Medical Insurance and Community Services Administration (MICSA).

The list must be sent from the DemoChange@hra.nyc.gov email address. MICSA will be responsible for making changes to the R/E codes in eMedNY and then timely notifying SPC of the completed changes through a reply to the DemoChange@hra.nyc.gov inbox.

SPC will also be responsible for processing requests that were made on the phone and were subsequently mailed to SPC. SPC staff will scan and index all of the documents received and process the request as indicated above.

Note: If the documentation submitted to verify the change requested is medical documentation, it must be scanned and indexed into the protected document class, "Confidential Documentation For Demographic Change" which can be found in the Personal Documents folder when indexing.

Once all changes that have been requested are processed successfully, SPC will notify the applicant/participant of the changes using the Action Taken on Request to Change Name and/or Gender In Human Resources Administration (HRA) Records (**HRA-138a**).

Effective Immediately

References:

18 NYCRR 505.2(l)
GIS 15 MA/19

Related Item:

[HRA PB #2016-02](#)

Attachments:

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

- Attachment A** List of Acceptable Documentation
- Attachment B** Sample Doctor's Letter
- HRA-138 (E)** Name and Gender Change for Transgender Clients
- HRA-138 (S)** Name and Gender Change for Transgender Clients (Spanish)
- HRA-138a (E)** Action Taken on Request to Change Name and/or Gender In Human Resources Administration (HRA) Records
- HRA-138a (S)** Action Taken on Request to Change Name and/or Gender In Human Resources Administration (HRA) Records (Spanish)
- HRA-138b (E)** Name and Gender Change for Transgender Clients: Frequently Asked Questions (FAQ)
- HRA-138b (S)** Name and Gender Change for Transgender Clients: Frequently Asked Questions (FAQ) (Spanish)

Attachment A

List of Acceptable Documentation for Name and/or Gender Change

Name Change (at least one of these must be submitted):

• Birth Certificate /Amended Birth Certificate*
• Court Order
• NYS Driver's License*
• NYS Non-Driver ID*
• Letter from Social Security Administration*
• Marriage License
• Passport*

Gender Change (at least one of these must be submitted):

• Birth Certificate /Amended Birth Certificate*
• NYS Driver's License*
• NYS Non-Driver ID*
• Letter from Social Security Administration*
• Medical Note
• Passport*

***Document may be used for both name and gender change. Only one has to be submitted if individual is requesting changes to both.**

ATTACHMENT B

THIS IS A SAMPLE OF THE TYPE OF LETTER THAT MAY BE SUBMITTED BY A PERSON CHANGING GENDER FROM MALE TO FEMALE

LETTERHEAD

DATE

RE: PT NAME

Birthdate: DD/MM/YYYY

SS#: XXX-XX-XXXX

To Whom It May Concern:

I, PCPs FULL NAME, New York State License No. NUMBER, DEA# NUMBER, am the provider of PT NAME, with whom I have a doctor/patient relationship, and whom I have treated.

In my medical opinion, Ms. LAST NAME is a woman. Ms. LAST NAME has had appropriate clinical treatment and has successfully completed her transition from male to female.

Ms. LAST NAME should be considered female for all legal and documentation purposes, including on her passport, driver's license, and social security records. Indicating her gender as female will eliminate the considerable confusion and bias Ms. LAST NAME encounters when using identification that does not accurately reflect her gender.

I declare under penalty of perjury under the laws of the United States that the forgoing is true and correct.

Sincerely,

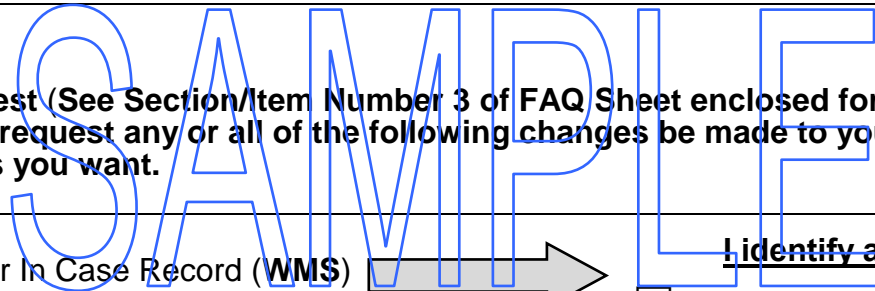
PROVIDER NAME, MD/DO

Request to Change Name and/or Gender in Human Resources Administration (HRA) Records

Note: All sections below may be completed by either the client or staff on behalf of the client.

Section I – Current Case Information

Client Name:	CIN:
Case Number or Social Security Number (optional):	Date of Submission:
Address:	



Section II – Request (See Section/Item Number 3 of FAQ Sheet enclosed for explanation of terms.) You may request any or all of the following changes be made to your case. Check (☑) what changes you want.

<input type="checkbox"/> Correct Gender In Case Record (WMS)		<u>I identify as...</u> <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male
<input type="checkbox"/> Remove all gender restrictions on health coverage under Medicaid * <small>* Note that this code will be viewable to providers in the billing system</small>		<u>I identify as....</u> <input type="checkbox"/> Female (eMedNY Code G1) <input type="checkbox"/> Male (eMedNY Code G2)
<input type="checkbox"/> Change Name From: _____ To: _____		
Client's or Authorized Representative's Signature:		
Authorized Representative Name (print):		

See next page

Section III – Document(s) You Are Submitting (Check All That Apply In The First Column)
See Section/Item Number 1 and 2 of FAQ Sheet enclosed for explanation of documents we can accept. Do not mail original documents. Make sure the copy you send is readable and complete.

You must submit at least one document that supports each the gender correction and the name change that you are requesting. Look for a checkmark (√) in either/both of the last two columns.

The listed Document Types are valid as proof to support the following:

Document Type	Gender Correction	Name Change
<input type="checkbox"/> Birth Certificate /Amended Birth Certificate	√	√
<input type="checkbox"/> Court Order		√
<input type="checkbox"/> NYS Driver's License	√	√
<input type="checkbox"/> NYS Non-Driver ID	√	√
<input type="checkbox"/> Letter from Social Security Administration	√	√
<input type="checkbox"/> Medical Note	√	
<input type="checkbox"/> Marriage License		√
<input type="checkbox"/> Passport	√	√

SAMPLE

Note to staff: Remember to include the FAQ Sheet referenced in Sections II and III above.

If you have any questions, call the HRA InfoLine at (718) 557-1399.

Petición de Cambio de Nombre y/o Género en Los Expedientes de la Administración de Recursos Humanos (HRA)

Nota: Todas las secciones más abajo las puede llenar el cliente o el personal a nombre del cliente.

Sección I – Información del Actual Caso

Nombre del cliente:	CIN:
Número del Caso o Número de Seguridad Social (opcional):	Fecha de Presentación:
Dirección:	

Sección II – Petición (Vea la/el Sección/Artículo Número 3 de la Hoja de Preguntas Frecuentes adjunta para la explicación de los términos.) Usted puede solicitar que se haga(n) a su caso cualquiera de los siguientes cambios o todos los mismos. Marque (☑) los cambios que desee.

SAMPLE

<input type="checkbox"/> Género correcto en el expediente de Caso (WMS)		<u>Me identifico como...</u> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
<input type="checkbox"/> Eliminar toda restricción en cobertura médica bajo Medicaid * * Note que este código será visible para los proveedores en el sistema de facturación		<u>Me identifico como...</u> <input type="checkbox"/> Mujer (Código G1 de eMedNY) <input type="checkbox"/> Hombre (Código G2 de eMedNY)
<input type="checkbox"/> Cambio de Nombre De: _____ A: _____		
Firma del Cliente o del Representante Autorizado:		
Nombre del Representante Autorizado (en letra de molde):		

Vea la próxima página

Sección III – Documento(s) Presentados por usted (Marque todo lo que corresponda en la primera columna.) **Vea la/el Sección/Artículo Número 1 y 2 de la Hoja de Preguntas Frecuentes adjunta para la reseña de los documentos que aceptamos. No envíe por correo documentos originales.** Asegúrese de que las copias que envíe sean legibles y estén completamente llenadas.

Usted debe presentar por lo menos un documento que justifique ambos la corrección de género y el cambio de nombre que está solicitando. Verifique que hay marca (√) en una de las dos últimas columnas o ambas.

Los tipos de documentos listados son válidos para justificar lo siguiente:

Tipo de Documento	Corrección al género	Cambio de Nombre
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento/ Certificado de Nacimiento Enmendado	√	√
<input type="checkbox"/> Orden Judicial		√
<input type="checkbox"/> Licencia de Conducir del Estado de Nueva York	√	√
<input type="checkbox"/> Identificación de no conductor del Estado de Nueva York	√	√
<input type="checkbox"/> Carta de parte de la Administración de Seguridad Social	√	√
<input type="checkbox"/> Nota Médica	√	
<input type="checkbox"/> Certificado de Matrimonio		√
<input type="checkbox"/> Pasaporte	√	√
<p>Note to staff: Remember to include the FAQ Sheet (Hoja de Preguntas Frecuentes) referenced in Sections II and III above.</p>		

Ante cualquier pregunta, llame a la InfoLine de la HRA al (718) 557-1399.

Action Taken on Request to Change Name and/or Gender In Human Resources Administration (HRA) Records

Section I – Case Information

Case Name:	Address:
Case Number or Social Security Number:	CIN:

Section II – Acknowledgment/Action Taken (Check All That Apply)

<input type="checkbox"/> Request Taken for Review/Processing	<input type="checkbox"/> WMS Record Updated <input type="checkbox"/> eMedNY Record Updated. All related gender restrictions on health coverage under Medicaid have been removed	<input type="checkbox"/> eMedNY Record Referred for update to remove related gender restrictions on health coverage under Medicaid
<input type="checkbox"/> Request Deferred for Documentation (See Section III below)	<input type="checkbox"/> Request Rejected – No Active Case. Consumer Given/Sent an Application	<input type="checkbox"/> Request Rejected – Requested Demographics Already on WMS and eMedNY
Worker Name:	Worker Signature:	
Office/Unit Name:	Date:	

SAMPLE

Section III – Deferral (Check One)

<input type="checkbox"/> Your request was received without the required documentation. Please see Section IV on the back of this notice for a listing of acceptable documents. Return this form or a copy of it, along with your documentation. You must submit at least one of the documents listed for us to make the record update(s) that you requested. Any document submitted must be readable and complete. Do not mail original documents.	
<input type="checkbox"/> The documentation submitted is either unreadable or incomplete. Return this form or a copy of it, along with better copy of your document, or see Section IV on the back of this notice for a listing of other acceptable documents that can be accepted in its place. You must submit at least one of the documents listed for us to make the record update(s) that you requested. Any document submitted must be readable and complete. Do not mail original documents.	
Worker Name:	Worker Signature:
Office/Unit Name:	Date:

Section IV – Acceptable documents include the following

Document Type	Gender Correction	Name Change
<input type="checkbox"/> Birth Certificate /Amended Birth Certificate	√	√
<input type="checkbox"/> Court Order		√
<input type="checkbox"/> NYS Driver's License	√	√
<input type="checkbox"/> NYS Non-Driver ID	√	√
<input type="checkbox"/> Letter from Social Security Administration	√	√
<input type="checkbox"/> Medical Note	√	
<input type="checkbox"/> Marriage License		√
<input type="checkbox"/> Passport	√	√

Section VI– Action Taken After Deferral or Referral (Check All That Apply)

Note to Consumer: The box(es) checked below indicate the action taken in response to the request that you made to correct the gender designation that we maintain on file for you.

<input type="checkbox"/> WMS Record Updated, Name Now Reads:	
<input type="checkbox"/> WMS Record Updated, Gender Designation Now Reads:	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male
<input type="checkbox"/> eMedNY Record Updated, All related gender restrictions on health coverage under Medicaid have been removed:	<input type="checkbox"/> Code G1 Entered (Female) <input type="checkbox"/> Code G2 Entered (Male)
<input type="checkbox"/> No Further Action Required – WMS and eMedNY records were already updated	
<input type="checkbox"/> No Updates Made. Request Not Supported By Documentation Submitted	
<input type="checkbox"/> Other: _____ _____	
Worker Name:	Worker Signature:
Office/Unit Name:	Date:

If you have any questions, call the HRA InfoLine at 718-557-1399.

Medida Tomada respecto a su Solicitud de Cambio de Nombre y/o Género en los archivos de la Administración de Recursos Humanos (HRA)

Sección I – Datos del Caso

Nombre del Caso:	Dirección:
Número del Caso o de Seguridad Social:	CIN:

Sección II – Acuse/Medida Tomada (Marque las casillas correspondientes.)

<input type="checkbox"/> Solicitud Aceptada por Revisión/Tramitación	<input type="checkbox"/> Archivo de WMS actualizado <input type="checkbox"/> Archivo actualizado de eMedNY. Se ha eliminado toda restricción relacionada con género para cobertura sanitaria bajo Medicaid.	<input type="checkbox"/> Archivo de eMedNY enviado por actualización para eliminar restricciones relacionadas con género en la cobertura sanitaria de Medicaid.
<input type="checkbox"/> Solicitud aplazada por documentación (Vea la Sección III a continuación.)	<input type="checkbox"/> Solicitud Rechazada – Ningún caso activo. Solicitud proporcionada/enviada al cliente.	<input type="checkbox"/> Solicitud Rechazada – Las estadísticas demográficas solicitadas ya están en WMS and eMedNY.

Nombre del Trabajador:	Firma del Trabajador:
Nombre de la Oficina/Unidad:	Fecha:

Sección III – Aplazamiento (Marque una casilla.)

<input type="checkbox"/> Se ha recibido su solicitud sin la documentación necesaria. Por favor vea la sección IV al dorso de este aviso para una lista de los documentos aceptables. Devuelva este formulario o una copia del mismo, junto con su documentación. Usted debe presentar por lo menos uno de los documentos listados para que nosotros actualicemos los archivos, tal como solicitado por parte suya. Todo documento presentado debe ser legible y estar llenado. No envíe por correo los originales de documentos.	
<input type="checkbox"/> La documentación presentada o es ilegible o no se ha llenado. Devuelva este formulario o una copia del mismo, junto con una mejor copia de su documento, o vea la sección IV al dorso de este aviso para una lista de los otros documentos apropiados, los cuales pueden aceptarse en lugar del mismo. Usted debe presentar por lo menos uno de los documentos listados para que nosotros actualicemos los archivos tal como solicitado por parte suya. Todo documento presentado debe ser legible y estar llenado. No envíe por correo los originales de documentos.	
Nombre del Trabajador:	Firma del Trabajador:
Nombre de la Oficina/Unidad:	Fecha:

Sección IV – Los documentos aceptables incluyen los siguientes

Tipo de Documento	Corrección de Género	Cambio de Nombre
<input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento / Acta de Nacimiento Enmendada	√	√
<input type="checkbox"/> Orden Judicial		√
<input type="checkbox"/> Licencia de conducir del Estado de NY	√	√
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de no conductores del Estado de NY	√	√
<input type="checkbox"/> Carta por parte de la Administración de Seguridad Social	√	√
<input type="checkbox"/> Carta de médico	√	
<input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio		√
<input type="checkbox"/> Pasaporte	√	√

Sección VI– Medida tomada posteriormente al aplazamiento o envío (Marque todo lo que corresponda.)

Aviso al cliente: La(s) casilla(s) marcada(s) a continuación indica(n) la medida tomada según la solicitud presentada por usted para corregir la designación de género que mantengamos archivada para usted.

<input type="checkbox"/> Actualizado el archivo de WMS, el nombre archivado ahora es el siguiente:	
<input type="checkbox"/> Actualizado el archivo de WMS, la designación de género archivada ahora es la siguiente:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
<input type="checkbox"/> Actualizado el archivo de eMedNY. Se ha eliminado toda restricción relacionada con género de cobertura sanitaria bajo Medicaid:	<input type="checkbox"/> Ingresado Código G1 (Mujer) <input type="checkbox"/> Ingresado Código G2 (Hombre)
<input type="checkbox"/> No es necesaria tomar medida ulterior – Ya se han actualizado los archivos de WMS y eMedNY. <input type="checkbox"/> No se ha hecho ninguna actualización. La solicitud no se justifica según la documentación presentada. <input type="checkbox"/> Otro caso: _____ _____	
Nombre del Trabajador:	Firma del Trabajador:
Nombre de la Oficina/Unidad:	Fecha:

Ante cualquier pregunta, llame a la InfoLine de la HRA al 718-557-1399.

Name and Gender Change for Transgender Clients: Frequently Asked Questions (FAQ)

1. How do I change my gender in HRA records?

You must submit to HRA **one** of the following documents:

- a New York State Driver License or Non-Driver ID showing your corrected or changed gender,
- a passport or birth certificate showing your corrected or changed gender,
- a letter from Social Security confirming your gender, or
- a signed and dated statement from a licensed physician, nurse practitioner, or physician's assistant who has treated you or reviewed your gender-related medical history. The statement must include language that you have undergone "appropriate clinical treatment" for a person diagnosed with gender dysphoria.

You will also need to fill out and submit form **HRA-138, Request to Change Name and/or Gender in Human Resources Administration (HRA) Records**. Once we have the required documents, your gender will be updated in the Welfare Management System (WMS), which is a state system used to track case and benefits information for HRA clients.

PLEASE NOTE: If you have health care through the New York State of Health, (a.k.a NYS Health Care Exchange or Marketplace) you will also need to change your gender there. It is a separate process. Please see section 4 below for more information.

2. How do I change my name in HRA records?

You must bring in **one** of the following documents:

- a Court Order showing your new name;
- a New York State Driver License or Non-Driver ID showing your new name;
- a passport or birth certificate showing your new name;
- a letter from Social Security showing your new name.

You will also need to fill out form **HRA-138, Request to Change Name and/or Gender in Human Resources Administration (HRA) Records**. We recommend that you change your name with the Social Security Administration *before* doing so with HRA, because a mismatch between the two agencies could result in a disruption of your services. Once we have the required documents, your legal name will be updated in the Welfare Management System (WMS), which is a state system used to track case and benefits information for HRA clients.

PLEASE NOTE: If you have health care through the New York State of Health, you will also need to change your name there. It is a separate process. Please see section 4 below for more information.

3. What is a Restriction/Exception code?

If you request a gender change, a “Restriction/Exception” code will be applied to your case. You may also request this code even if you do not change your gender, using form **HRA-138, Request to Change Name and/or Gender in Human Resources Administration (HRA) Records**.

Insurance plans such as Medicaid restrict certain services by gender. Even if you are coded with the correct gender in our systems, some services may not be covered. For example, a prostate exam might not automatically be covered for a transgender woman, or a visit to the gynecologist may not automatically be covered for a transgender man. Therefore, in order to avoid billing problems, a Restriction/Exception code will be entered into the state’s Medicaid billing system, eMedNY. The code “G1” is for transgender women, and the code “G2” is for transgender men. This code will ensure that your gender does not limit payments for necessary and otherwise covered health services.

PLEASE NOTE: This code will be visible to any health care provider that accepts Medicaid. If you do not want the code applied to your case, please indicate this when requesting gender change. However, this may affect your services.

4. How do I change my name and/or gender with my New York State of Health (a.k.a NYS Health Care Exchange or Marketplace) insurance plan?

HRA does not have access to the systems used to manage health plans through the New York State of Health (“NYSoH”) exchange. Therefore, if you have a plan through NYSoH, you will have to contact NYSoH directly. The same documents listed above can be used to change name or gender with your NYSoH insurance plan. New York State of Health will also apply the Restriction/Exception code for your case. You may request these changes in one of the three following ways:



Upload the required document yourself, through your online account;



Fax the required document to New York State of Health Customer Service at (855) 387-1363; or



Mail the document to:
New York State of Health
PO Box 11726
Albany, NY 12211

Please include a note explaining that you are changing name and/or gender.

5. How long will it take for HRA to process my request?

HRA makes every effort to complete this type of request within 14 days. Processing time with the New York State of Health may vary.

6. How do I get a new HRA benefit card?

A new Common Benefit Identification Card (CBIC) is generated whenever demographic information has changed, such as name or gender. However, as of May 1, 2015, benefit cards no longer display the cardholder's gender. All new cards will be issued without a gender on them. If you need to request a new card for any reason, please call HRA's Infoline at (718) 557-1399, request one online at www.nyc.gov/311 by searching "cbic" or visit one of the locations below:

CBIC LOCATIONS	
Manhattan: 109 East 16 th Street - Ground Floor	Brooklyn: 227 Schermerhorn Street - Ground Floor
The CBIC sites are open Monday through Friday from 8:30 am to 7:15 pm (excluding holidays)	

7. Will my information be kept confidential?

All HRA staff members are required to maintain the confidentiality of the individuals they serve. Transgender or intersex status and information about a person's anatomy or medical history must be treated as confidential information. Any medical documentation submitted for the purposes of gender change or Restriction/Exception codes will be kept confidential, restricted to designated staff and disclosed only to the extent required to provide services. However, please note that the Restriction/Exception codes will be visible to medical providers and pharmacists who use the state billing system.

8. Will Medicaid cover gender-related surgeries for transgender people?

Yes. As of March 11, 2015, hormone treatments and certain other medically necessary gender reassignment procedures, including many surgical procedures, are covered by New York State Medicaid and Medicaid Managed Care plans. The full list of covered procedures and more information about the requirements for coverage can be found by going to <http://www.health.ny.gov/> or <http://www1.nyc.gov/>. If you are refused service by a Medicaid provider or have questions about Medicaid-covered medical procedures, please contact the New York State Department of Health's Medicaid Helpline at (800) 541-2831.

9. Who can I contact for more information?

- HRA's Office of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Questioning, and Intersex (LGBTQI) Affairs at lgbtqi@hra.nyc.gov for questions about this publication or other HRA policies affecting LGBTQI people.
- Your Medicaid Managed Care Plan for questions about what is covered, how to request coverage, and how to challenge denials of coverage. If you do not know your plan information, please contact the New York State of Health Helpline or Medicaid Helpline, below.
- New York State of Health Helpline for more information about changing name or gender with health plans managed by the NYSoH Exchange. Please call (855) 355-5777 or (800) 662-1220 for TTY.
- New York State Medicaid Helpline at (800) 541-2831 for questions about transgender health care under New York State Medicaid.
- HRA's Infoline at (718) 557-1399 for general information about your case or to request a new CBIC card. You may also email constituentaffairs@hra.nyc.gov, or contact 311.

Cambio de Nombre y Género para los Clientes Transgénero: Preguntas Frecuentes (PF)

1. ¿Cómo cambio mi género en los expedientes de la HRA?

Usted tiene que presentar a la HRA **uno** de los siguientes documentos que indique su género corregido o cambiado:

- Licencia de Conducir del Estado de Nueva York o Identificación de No Conductor;
- pasaporte o certificado de nacimiento;
- carta de parte de la Seguridad Social; o
- declaración firmada y fechada de parte de médico con licencia, enfermera de atención primaria, o asistente médico que le haya tratado o revisado su historial médico relacionado con el género. La declaración debe atestar que usted se ha sometido a “tratamiento clínico apropiado” para una persona diagnosticada con un estado de ansiedad, depresión, e inquietud con respecto al género.

Usted también tendrá que llenar y presentar el formulario **HRA-138 (S), Petición de Cambio de Nombre y/o Género en Los Expedientes de la Administración de Recursos Humanos (HRA)**. Una vez tengamos los documentos necesarios, se actualizará su género en el Sistema de Administración de Bienestar (WMS), usado por el estado para darle seguimiento a los casos e información sobre beneficios de los clientes de la HRA.

FAVOR DE NOTAR: Si usted recibe su cuidado de salud mediante New York State of Health, (también conocido como NYS Health Care Exchange or Marketplace) también necesitará cambiar su género ahí. Éste es un trámite aparte. Favor de consultar la sección 4 a continuación para más información.

2. ¿Cómo cambio mi nombre en los archivos de la HRA?

Usted tiene que traer **uno** de los siguientes documentos que indique su nuevo nombre:

- Orden Judicial;
- Licencia de Conducir del Estado de Nueva York o Identificación de No Conductor;
- pasaporte o certificado de nacimiento;
- carta de parte de la Seguridad Social.

Usted también tendrá que llenar el formulario **HRA-138 (S), Petición de Cambio de Nombre y/o Género en Los Expedientes de la Administración de Recursos Humanos (HRA)**. Nosotros recomendamos que cambie su nombre con la Administración de Seguridad Social *antes de* hacerlo con la HRA, porque en caso de que las dos agencias no cuenten con la misma información, se podría dar una interrupción de sus servicios. Una vez tengamos los documentos necesarios, se actualizará su nombre legal en el Sistema de Administración de Bienestar (WMS), que se usa para darle seguimiento a los casos e información sobre beneficios de los clientes de la HRA.

FAVOR DE NOTAR: Si usted recibe su cuidado de salud mediante New York State of Health, también necesitará cambiar su nombre ahí. Éste es un trámite aparte. Favor de consultar la sección 4 a continuación para más información.

3. ¿En qué consiste el código de Restricción/Excepción?

Si usted solicita cambio de género, se aplicará un código de “Restricción/Excepción” a su caso. Usted también puede solicitar este código aun si no cambia su género, mediante el formulario **HRA-138 (S), Petición de Cambio de Nombre y/o Género en Los Expedientes de la Administración de Recursos Humanos (HRA)**.

Los planes de seguro como Medicaid restringen ciertos servicios según el género. Aun si usted está codificado con el género correcto en nuestros sistemas, algunos servicios pueden carecer de cobertura. Por ejemplo, un examen de la próstata puede no estar automáticamente cubierto para una mujer transgénero, ni una visita al ginecólogo tampoco para un hombre transgénero. Por lo tanto, para evitar problemas de facturación, se ingresará un código de Restricción/Excepción en el sistema de facturación de Medicaid del estado, eMedNY. El código “G1” es para las mujeres transgénero, y el código “G2” es para los hombres transgénero. Estos códigos evitarán que no resulten limitados por su género los pagos para servicios de salud necesarios y por lo demás cubiertos.

FAVOR DE NOTAR: Este código será visible para cualquier proveedor de cuidado de salud que acepte Medicaid. Si usted no desea que se le aplique el código a su caso, favor de indicarlo al solicitar el cambio de género. No obstante, esto puede afectar sus servicios.

4. ¿Cómo cambio mi nombre y/o género con el plan de seguro de New York State of Health (también conocido como NYS Health Care Exchange or Marketplace)?

La HRA no tiene acceso a los sistemas utilizados para administrar los planes de salud mediante el New York State of Health (“NYSoH”) Exchange. Por lo tanto, si usted tiene un plan mediante ese mercado, tendrá que comunicarse con el NYSoH directamente. Los mismos documentos listados más arriba se pueden usar para el cambio de nombre o género con su plan de seguro de NYSoH. También aplicará NYSoH el código de Restricción/Excepción para su caso. Usted puede solicitar estos cambios de uno de los siguientes tres modos:



Suba el documento necesario usted mismo(a), mediante su cuenta electrónica;



Faxee el documento necesario al New York State of Health Customer Service al (855) 387-1363; o



Envíe por correo el documento necesario a:

New York State of Health
PO Box 11726
Albany, NY 12211

Favor de incluir una nota que indique su cambio de nombre y/o género.

5. ¿Cuánto se tardará la HRA en tramitar mi solicitud?

La HRA hace todo lo posible para tramitar este tipo de solicitud dentro de 14 días. Puede variar el tiempo de tramitación con el New York State of Health.

6. ¿Cómo obtengo una nueva tarjeta de beneficios de la HRA?

Se genera una nueva Tarjeta de Identificación de Beneficios Comunes (CBIC) en cualquier momento que cambien sus datos demográficos, como su nombre o género. No obstante, a partir del 1° de mayo del 2015, las tarjetas de beneficios ya no indicarán el género del/de la titular. Toda nueva tarjeta se expedirá sin indicación de género. Si por cualquier motivo usted necesita solicitar nueva tarjeta, favor de llamar a la Infoline de la HRA al (718) 557-1399, solicitarla por Internet al www.nyc.gov/311 al buscar "cbic", o visitar uno de los locales más abajo:

LOCALES DE CBIC	
Manhattan: 109 East 16 th Street – Planta baja	Brooklyn: 227 Schermerhorn Street - Planta baja
Los locales de CBIC están abiertos de lunes a viernes de 8:30 am a 7:15 pm (salvo en días feriados)	

7. ¿Se mantendrá la confidencialidad de mi información?

Todo el personal de la HRA está obligado a mantener la confidencialidad de los datos personales de los clientes a quienes sirve. Se debe tratar como información confidencial el estado de transgénero o intersexo y la información sobre la anatomía o historial médico de determinada persona. Se mantendrá confidencial y restringida al personal designado toda documentación médica presentada para cambio de género o códigos de Restricción/Excepción. Dichos datos sólo se divulgarán en medida necesaria para la provisión de servicios. No obstante, favor de notar que los códigos de Restricción/Excepción serán visibles para los proveedores de salud y farmacéuticos quienes utilicen el sistema de facturación estatal.

8. ¿Cubrirá Medicaid cirugías relacionadas con el género para las personas transgénero?

Sí. A partir del 11 de marzo del 2015, los tratamientos de hormonas y ciertos otros procedimientos de reasignación de género médicamente necesarios, incluidos numerosos procedimientos quirúrgicos, estarán cubiertos por el Medicaid del Estado de Nueva York y los planes de Cuidado Administrado de Medicaid. La lista completa de procedimientos, así como más información sobre los requisitos para la cobertura, están disponibles en <http://www.health.ny.gov/> o <http://www1.nyc.gov/>. Si le rehusa servicio un proveedor de Medicaid, o si usted tiene preguntas sobre procedimientos médicos cubiertos por Medicaid, favor de comunicarse con la Línea para Ayuda (Helpline) de Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al (800) 541-2831.

9. ¿Con quién me puedo comunicar para más información?

- La Oficina de la HRA de Asuntos de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros, En Duda, e Intersexo (LGBTQI) al lgbtqi@hra.nyc.gov para preguntas sobre esta publicación u otras políticas de la HRA que afecten a las personas LGBTQI.
- Su Plan de Cuidado Administrado de Medicaid para preguntas sobre lo que está cubierto, cómo solicitar cobertura, y cómo oponerse a la denegación de cobertura. Si usted no está al tanto de la información de su plan, favor de comunicarse con la Línea para Ayuda (Helpline) de New York State of Health y la Línea para Ayuda (Helpline) de Medicaid, más abajo.
- Línea para Ayuda (Helpline) de New York State of Health para más información sobre el cambio de nombre o género con planes de cuidado administrado por el NYSoH Exchange. Favor de llamar al (855) 355-5777 o (800) 662-1220 para teletipo (TTY).
- Línea para Ayuda (Helpline) de Medicaid del Estado de Nueva York al (800) 541-2831 para preguntas sobre el cuidado de salud para personas transgénero bajo el Medicaid del Estado de Nueva York.
- Infoline de la HRA al (718) 557-1399 para información general sobre su caso o para solicitar nueva tarjeta de CBIC. Usted también puede enviar correo electrónico a constituentaffairs@hra.nyc.gov, o llamar al 311.

SAMPLE