

Fecha: _____

Número del Caso: _____

Nombre del Caso: _____

Aviso a Solicitantes y Participantes con Respecto a Seguros de Salud de Tercera Persona

Como condición de elegibilidad para asistencia en efectivo, solicitantes y participantes son requeridos de solicitar y usar cualquier seguro de salud disponible a ellos. Esta cobertura de seguro puede ser proveida a través del plan de la union o de su patron actual o anterior, o disponible a través de la cobertura del seguro de salud de un pariente responsable legalmente, o de cualquier otra fuente.

Se requiere que usted provea sus datos de cobertura de seguro médico y los de otros familiares legalmente reponsables que sean elegibles para seguro médico en grupo. Por favor asegúrese de que la persona adecuada (empleador actual/anterior, representante sindical u otra parte que brinde seguro médico en grupo) llene la parte posterior de este formulario y de que se lo devuelva a usted. Si usted recibió instrucciones de enviar el formulario por correo, utilice la dirección indicada. Si tiene una cita de entrevista, traiga el formulario lleno con toda tarjeta de seguro médico, dental, optico y/o de identificación para receta de medicamentos que le hayan expedido.

Si usted rehusa o no coopera en la verificación de esta información, o rehusa solicitar para cualquier seguro de salud disponible a usted, su asistencia en efectivo y Medicaid pueden ser negados o terminados de acuerdo con NYCRR 351.1(b)(2)(iii).

Include in 'A' Kit/Recert Packet

Applicant's/Participant's Name: _____ **Case Number:** _____

Health Insurance for: _____
(Current/Former Employee)

Date Employment Began : _____ **Date Employment Ended:** _____

Home address while in your employ: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Social Security number under which payments were made: _____

Does employee have health insurance? **Yes** **No**

Through Employer: _____

Through Union: _____

Name of Carrier: _____

Group Number: _____

Policy or ID Number: _____

Coverage Dates: From _____
To _____

Names of Covered Individuals: _____

Amount Paid by Employee: \$ _____ per _____
(Week/Month)

Types of Coverage Enter "x" in applicable coverage code(s):	MJR	INP	SENR	OUT	DRG	HOME		NURS	
	MED	HOS	CARE	PAT	PHM	CARE	DENTAL	HOME	OPTICAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If no longer in your employ, is health insurance coverage still available? Yes No

Can policy be converted to an individual policy? Yes No

Cost of conversion to employee: \$ _____ per _____
(Week/Month)

Employer Information

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Employer ID No.: _____

Please print your name: _____

Signature: _____

Title: _____