

# Attachment I

## Sample Dynamic Notices

PO Box 11775  
Albany NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED]

14 December 2025

[REDACTED]

**ВАЖНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О ВАШЕЙ РЕГИСТРАЦИИ В ПРОГРАММЕ**

Это уведомление касается вашего медицинского страхования, оформленного через NY State of Health для лиц, перечисленных ниже.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

**ДЕЙСТВИЕ NY STATE OF HEALTH**

---

Действие вашего медицинского страхования

**ESSENTIAL PLAN 4 от MetroPlus Health Plan  
завершится 31 December 2025.**

Это связано с тем, что вы больше не имеете права на оформление медицинского страхования через NY State of Health. Вам было отправлено отдельное уведомление о вашем праве на страхование.

**ЧТО ВАМ НУЖНО ДЕЛАТЬ ДАЛЬШЕ**

---

Если у кого-либо из вашего домохозяйства изменились обстоятельства, войдите в свою учетную запись и измените информацию, указанную в вашем заявлении.

**КАК СВЯЗАТЬСЯ С NY STATE OF HEALTH**

---

**ПО ТЕЛЕФОНУ:** 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)

**ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ:** [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)

**ПО ПОЧТЕ:**

NY State of Health

PO Box 11727

Albany, NY 12211

## **КАК ПОЛУЧИТЬ ПОМОЩЬ В СВЯЗИ С ЭТИМ УВЕДОМЛЕНИЕМ**

---

Позвоните в NY State of Health по телефону 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220), чтобы получить помощь в прочтении этого уведомления на английском или другом языке, а также заказать получение будущих уведомлений в другом формате (крупной печатью и т. п.). Чтобы найти обученного и сертифицированного консультанта в вашем районе, позвоните нам или посетите сайт [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov).

## **КАКИЕ У НАС ПОЛНОМОЧИЯ**

---

Ниже перечислены конкретные законы и правительственные нормативные акты, которые дают NY State of Health полномочия и устанавливают правила, согласно которым мы можем предлагать доступное медицинское страхование жителям штата Нью-Йорк.

Это решение основано на разделе 369-ii Закона о социальном обеспечении.

Это решение принято согласно федеральному

постановлению 45 CFR 155.430 (b) (1).

## **БЕЗБУМАЖНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

---

Для упрощения управления своей учетной записью переходите на безбумажные документы. Когда вы используете безбумажные документы, все ваши важные уведомления хранятся в одном надежном месте в Интернете и доступны вам в любой момент. Мы будем отправлять вам электронное письмо каждый раз, когда в вашей учетной записи NY State of Health будет появляться новое уведомление. Чтобы прочитать уведомления, вы должны войти в свою учетную запись. Наши электронные письма не содержат никакой личной или конфиденциальной информации.

Если вы хотите перейти на безбумажную документацию, войдите в свою учетную запись и выберите пункт «Edit Account Information» (Изменить информацию об учетной записи). В разделе «Communication Preferences» (Предпочтительный способ связи) выберите пункт «Paperless» (Безбумажная документация), чтобы получать оповещения по электронной почте при появлении новых уведомлений в вашей учетной записи NY State

of Health. Вы можете в любой момент отказаться от этого выбора.

Важно, чтобы в вашей учетной записи был указан правильный адрес. Проверьте, что в NY State of Health указан ваш текущий почтовый и домашний адрес. Если у нас не будет вашего текущего адреса, это может отразиться на страховке для вас или вашей семьи.

## **Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA)**

---

Штат Нью-Йорк заботится о защите конфиденциальности вашей информации. Чтобы больше узнать о том, как NY State of Health обеспечивает конфиденциальность данных, перейдите на сайт **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** или позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**.

## **Уведомление о политике недопущения дискриминации**

---

NY State of Health соблюдает действующие федеральные законы о защите гражданских прав и законы штата и не допускает дискриминации на

основе расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, вероисповедания и религии, пола, возраста, семейного положения, инвалидности, регистрации арестов, судимости, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, генетической предрасположенности, военного статуса, статуса жертвы семейно-бытового насилия и/или преследования.

Если вы считаете, что NY State of Health допустил в отношении вас дискриминацию, вы можете подать жалобу на сайте

**[www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)** или отправить жалобу в Diversity Management Office на адрес электронной почты **[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)**.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в электронном виде в U.S.

Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights на сайте

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>** или по телефону или почтой по адресу: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Формы для

подачи жалобы можно получить на сайте [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## Специальные услуги

---

NY State of Health предоставляет бесплатную помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, чтобы они могли эффективно общаться с нами, например:

- услугу ТТУ через New York Relay Service
- Незрячие люди и люди с серьезными нарушениями зрения, которым требуются уведомления или другие печатные материалы в альтернативном формате (крупный шрифт, аудиозапись, компакт-диск с данными или печать шрифтом Брайля), должны позвонить по телефону 1-855-355-5777 (ТТУ: 1-800-662-1220).

NY State of Health также предоставляет бесплатные услуги языковой поддержки для людей, чей основной язык не является английским, например:

- Квалифицированных переводчиков
- Печатную информацию на других языках

Если вам требуются эти услуги или вы хотите

получить более подробную информацию о специальных услугах, позвоните по телефону 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

## **Getting Help in a Language Other than English**

---

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775

Albany, NY 12211

PO BOX 11775  
ALBANY, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

## **AVI ENPÒTAN KONSÈNAN CHANJMAN NAN KONT ASISTÈ OSWA KOUTYE OU A**

W ap resevwa avi sa a paske yo te ajoute yon asistè oswa koutye sou kont ou a. Yon asistè oswa koutye se yon moun ki ka ede ou ranpli aplikasyon ou a epi baou èd fas-a-fas pou enskri nan pwoteksyon asirans.

Asistè oswa koutye a te chanje swa paske ou te mande sa oswa paske asistè oswa koutye ou te gen youn asistè oswa koutye ki pa disponib ankò. Si ou gen nenpòt kesyon oswa si ou ta renmen chanje asistè oswa koutye ou, tanpri kontakte NY State of Health nan 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

## **Detay sou Nouvo Asistè oswa Koutye ou a**

---

Men detay sou nouvo asistè oswa koutye yo te ajoute sou kont ou a:

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED]

## **Fason pou Kontakte NY State of Health**

---

Kontakte nou si ou gen nenpòt kesyon sou lèt sa a. Fè nou konnen si ou bezwen èd pou aplike pou oswa pou jwenn asirans sante ou. Ou ka kontakte nou nan nenpòt nan fason sa yo:

- **Lè w rele:** 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)
- **Pa lapòs nan:**

NY State of Health

PO Box 11727

Albany, New York 12211

## **Referans Legal:**

---

W ap jwenn anba a yon lis ak lwa ak regleman gouvènman espesifik ki bay NY State of Health otorite a

epi ki etabli règ ki pèmèt nou ofri asirans sante bon mache pou rezidan Eta New York yo.

Nou voye avi sa a baou selon regleman federal 45 CFR § 155.205.

## **Sispann Itilize Papye**

---

Rann zafè jere kont ou an pi fasil lè w sispann itilize papye. Lè w sispann itilize papye, tout avi enpòtan w yo prale yon sèl kote ki an sekirite epi ou kapab li yo sou entènèt nenpòt lè. Nou pral voye yon alèt imèl ba ou lè yon nouvo avi disponib pou w li sou kont NY State of Health ou an. Ou dwe konekte nan kont ou an pou w ka wè avi ou yo. Nou pa pral mete okenn enfòmasyon prive oswa sekre nan imèl la.

Si w vle sispann itilize papye, konekte nan kont ou an epi klike sou “Edit Account Information” (Chanje Enfòmasyon Kont). Anba “Communication Preferences” (Preferans Kominikasyon), chwazi “Paperless” (Pa itilize papye) pou w jwenn alèt imèl yo lè yo afiche nouvo avi yo nan kont NY State of Health ou an. Ou gen opsyon pou chanje chwa sa a nenpòt lè.

Li vrèman enpòtan pou adrès ou kòrèk nan kont ou. Asire w NY State of Health gen bon adrès postal ou ak adrès kay ou. Sa ka afekte pwoteksyon asirans fanmi ou si nou pa gen adrès ou ye kounye a.

## **Transferabilite ak Responsablite Asirans Sante (HIPAA)**

---

Eta New York pran angajman pou pwoteje enfòmasyon prive ou. Pou jwenn plis enfòmasyon sou prensip pwoteksyon enfòmasyon prive NY State of Health, ale sou **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** oswa rele sèvis kliyantèl nan **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**.

## **Avi Konsènan Regleman Kont Diskriminasyon**

---

NY State of Health konfòme li ak lwa dwa sivik Federal ak lwa eta epi li pa fè diskriminasyon ki baze sou ras, koulè, orijin nasyonal, kwayans/relijyon, sèks, laj, eta sivil/familyal, andikap, kondisyon ki gen rapò ak gwosè, dosye arestasyon, kondanasyon kriminel, idantite seksyèl, oryantasyon seksyèl, pre-dispozisyon karakteristik jenetik, eta militè, viktim vyolans domestik ak/oswa revanch.

Si ou kwè NY State of Health te fè diskriminasyon kont ou, ou ka depoze yon plent lè ou ale nan

**[www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)** oswa voye yon imèl Diversity Management Office nan **[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)**.

Answit ou ka depoze yon plent konsènan dwa sivik ak U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights pa mwayen elektwonik nan

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>**

oswa pa lapòs oswa nan telefòn nan U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Fòm pou pote plent yo disponib nan

**[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.

## **Akomodasyon**

---

NY State of Health ofri èd ak sèvis gratis pou moun ki gen andikap pou kominike byen avèk nou, tankou:

Ofri èd ak sèvis gratis pou moun ki gen andikap pou kominike byen avèk nou, tankou:

- TTY atravè New York Relay Service
- Si ou avèg oswa ou gen gwo difikilte pou wè epi ou bezwen avi oswa dkiman nan yon lòt fòm (gran ekriti, odyo oswa CD done, oswa Bray), kontakte

1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Epitou, NY State of Health ofri sèvis asistans lang gratis pou moun ki pa pale angle byen tankou:

- Entèprèt ki kalifye
- Enfòmasyon ekri nan lòt lang

Si ou bezwen sèvis sa yo oswa pou plis enfòmasyon sou Akomodasyon Rezonab, tanpri rele 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

**Rele NY State of Health nan nimewo 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220) pou jwenn èd nan lòt lang oswa pou ede ou li avi sa a. Avi sa a disponib nan lòt fòm tou. Rele pou jwenn plis enfòmasyon. Pou jwenn yon navigatè oswa yon asistans aplikasyon sètifye, ale sou sitwèb <https://www.nystateofhealth.ny.gov> oswa rele nou.**

## **Getting Help in a Language Other than English**

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775  
Albany, NY 12211

P.O Box 11775  
Albany, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]





可在有問題或需要面對面幫助時聯絡我們：

**1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**

**[nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov)**

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

本通知中所述的所有決定均基於截至  
2025年10月08日 之前所獲取的聯邦  
和州資料來源中關於您的資訊。

2025年10月16日

[REDACTED]

**一直有承保！  
今天就完成醫療承保續期！**

您和/或您的家庭成員現應透過 NY State of Health —

官方醫療保險 Marketplace 來為您的醫療保險承保  
續保。本信函包含有關您的醫療保險承保續保的重要資訊。

請您務必為本通知上所列的每一個人完成以下步驟。若您  
錯過了選擇新健康計劃的截止日期，您會面臨下  
一年無醫療保險承保的風險。

在 [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) 登錄以做出任何改動。

**續保時段但是以下個人無需採取任何行動：**

---

████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████

████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████

**資格無變化：**

---

您有資格獲得 Medicaid，生效日期為 2026年01月01日。

**保險細節：**

---

保險公司: Healthfirst

計劃: Medicaid through NY State of Health

開始日期: 2026年01月01日

## **無需採取行動：**

---

您的醫療保險承保未發生改變。我們已為您加入您之前會享有的同一產品。

您在 2025年11月16日 前不可以選擇一個新的 Medicaid Managed Care 計劃。除非有充分的理由，您一般是不可選擇一個新的醫療計劃。如需了解更多資訊，請聯繫 NY State of Health。

## **透過 NY State of Health 找到醫療保險承保資訊**

---

如要尋找關於醫療保險的有用資訊，包括其如何作用、如何使用、如何尋找醫生及保險條款的意義，請前往：

<http://info.nystateofhealth.ny.gov/UsingYourInsurance>  
。

## **如何且何時對您的帳戶或承保進行更改**

---

請遵循以下各步 –

若 ... NY State of Health

已要求您透過更新一些資訊來完成續保流程（例如選擇一個

健康計劃或更新您申請書中的資訊) ；

若 ...

您的生活發生了任何會影響您醫療保險承保或財務援助的變化；

若 ...

您加入某一計劃並想要瞭解您是否有其他的保險選擇。

**第 1 步。 前往 [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)**

並登入您的帳戶。

或者

聯繫指導員或經認證的申請協助者。這些社區組織和健康計劃中的工作人員經過培訓，能夠

幫助您瞭解自己的醫療保險承保選擇並加入保險。如果您已經加入一個計劃，也可以致電您的健康計劃獲取幫助。

**第 2 步。 為您或您的家庭成員做出更改。您需要在 2025年11月16日 至 2025年12月15日 期間做出更**

改，以便於 **2026年01月01日** 查看符合資格的計劃。

以下是您或您家庭成員生活中可能會發生的事件，從而影響您選擇再次加入的醫療保險、承保人員或保費。發生以下事宜時請告知我們：

- 搬家
- 收入出現變化（僅在您正獲取財務援助時）
- 您可參與或加入 New York State Health Insurance Program (NYSHIP, 紐約州醫療保險計劃)
- 透過工作獲得的醫療保險資格出現變化
- 透過工作獲得的醫療保險費用出現變化
- 家庭出現變化。例如，結婚/離婚、懷孕或生小孩；收養兒童或獲安排領養的孩子和您住在一起
- 您有資格獲取其他醫療保險
- 全日制學生身份發生變化（如果適用於申請成員）
- 移民身份發生變化
- 您改變了報稅方式。例如，您將上報新的受扶養人（僅在您正獲取財務援助時）

如果您未在 30

日內報告變化，並且這些變化影響到您獲取政府幫助支付保險費用的資格，則您可能需要償還

您所收到的部分或全部津貼。

## 當您更改您的帳戶後會發生什麼

您將收到 NY State of Health 發來的通知，其中包含有關您將獲取的新醫療保險承保和任何財務援助的資訊。

## 注：針對加入具有月度保費健康計劃的個人

---

任何未能支付您保費的情況均可能造成下一年被取消加入計劃。若您仍有資格獲得醫療保險承保，但是收到 NY State of Health 發來的通知，表明因為您未支付保費而導致您當前年份的承保結束，您必須前往 [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) 選擇您下一年的計劃。

## 我們如何做出決定

---

[REDACTED]

[REDACTED]

您有資格獲得 Medicaid 的原因是  
聯邦和州數據源顯示您的收入在 \$0 和 \$21,597.00.

這是根據您的家庭規模針對 Medicaid 所允許的收入範圍。我們使用這個資訊來確定您來年的續保。若這不再是您的家庭收入，請回來更新您的帳戶。

## 關於 Medicaid Managed Care

---

### 加入 Medicaid 醫療計劃的下一步：

如果您有資格參加 Medicaid Managed Care 計劃，並且沒有選擇一個計劃，我們會為您選擇。如果您在您的醫療計劃承保開始前需要醫療保健服務，可在任何接受 Medicaid 的醫療提供者處使用您的紐約州福利識別卡（Medicaid 卡）。

- 加入了 Medicaid Managed Care 計劃的所有消費者均會得到兩張卡----一張是 Medicaid 卡，另一張是醫療計劃識別卡。須在您每次接受醫療服務時帶上這兩張卡。
- 有些服務，例如藥店福利，不在您的醫療計劃的承保範圍內，必須從 Medicaid 提供者處獲得這些服務。將通過紐約 Medicaid 藥店計劃 NYRx 提供您的處方藥承保。大多數的紐約州藥店接受

NYRx。在

您依照處方獲得藥物時向藥店出示您的紐約州福利識別卡（Medicaid 卡）或您的醫療計劃識別卡。

- 您將從您的醫療計劃那裡獲得有關您的醫療計劃福利和可用提供者的資訊。您的醫療計劃福利包將涵蓋廣泛的各類服務，包括醫生看診、住院治療、實驗室檢查等等。如果您對您的醫療計劃所承保的服務及提供者有任何疑問，您可直接聯繫您的醫療計劃。
- 您應該聯繫您的新醫療計劃，以選擇您的主要醫療保健提供者（PCP）。如果您正在選擇一位新醫生，請首先致電醫生辦公室，確保他/她正在接收新病人，並正在參與您選擇的醫療計劃。
- 您可能有機會選擇不加入 Medicaid Managed Care 計劃。有特殊情況的某些人，可以選擇加入一個醫療計劃或接受常規的（按服務付費）Medicaid。這包括美洲原住民，以及加入了創傷性腦損傷（TBI）豁免、有發展障礙人士辦公室（OPWDD）豁免等豁免計劃的人。如果您認為您可能具有這些特殊情況之一，或想瞭解更多關於您的選擇的資訊，您可以致電 NY State of Health。
- 如果您居住的地方有 SNP，您可能具有資格選擇並加入特殊需求計劃（SNP）。SNP 有其自己的醫生、

提供者和醫院，旨在滿足無家可歸、跨性別或攜帶愛滋病毒/患有愛滋病的患者的特殊健康需求。**有資格加入 SNP 的 Medicaid 成員可隨時轉入這些計劃。**

- 您可能有資格為需要身體和/或行為健康服務的成年人選擇並加入健康及康復計劃（Health and Recovery Plan, HARP）。HARP 提供諸如醫生看診、精神健康和物質使用障礙服務、藥物治療和住院治療等服務。**有資格加入 HARP 的 Medicaid 成員可隨時轉入這些計劃。**
- 有資格加入 HARP 或 SNP 的人可隨時轉入這些計劃。對於有資格加入其他計劃的人，從您的醫療計劃登記生效之日起，您將有 90 天的時間以任何理由更改您的計劃。只有當您所在區域有另外的醫療計劃選擇時，您才能更改計劃。90 天後，除非您有充分的理由，否則您在未來 9 個月之內將無法更改醫療計劃。如需瞭解更多相關資訊，請聯繫 NY State of Health。

## **如何使用您的紐約州福利識別卡（Medicaid 卡）**

---

**關於您的紐約州福利識別卡（Medicaid 卡）的重要資訊：**

如果您首次加入 Medicaid

計劃，您將以郵寄的形式收到一張紐約州福利識別卡（Medicaid 卡）。如果您在過去獲得過 Medicaid 福利，並在當時收到了一張卡，您應使用該卡。

每次接受醫療服務時，您必須攜帶您的卡片。

如果您在收到卡片之前需要醫療護理，您必須確保醫療服務提供者接受 Medicaid。Medicaid 計劃只有在提供者接受 Medicaid 的情況下才能支付醫療服務費用。

有關 Medicaid

承保服務的更多資訊，或者您想要找到附近的 Medicaid 提供者，請致電 Medicaid 熱線電話 1-800-541-2831。

**如果您沒有收到您的 Medicaid 卡，或者您的卡片失效、丟失或被盜，立即撥打 1-855-355-5777 電話聯繫 NY State of Health。即使您不再享受福利，您也應該保留您的 Medicaid 卡。如果您日後符合獲得 Medicaid 的資格，可再次使用同一張卡。**

## 如果您覺得我們犯了錯誤

---

如果您認為我們在您的資格方面犯了錯誤，您可以致電我們討論您的問題。撥打 1-855-355-5777 致電 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)。

您可以針對以下決定進行上訴

- 您沒有資格透過 NY State of Health 為您自己或您的家庭購買健康計劃之決定。
- 您沒有資格透過 NY State of Health 由聯邦幫助支付健康計劃之決定。
- 在您申請了經濟幫助時，就您必須支付的月度保費或自付額的金額做出的決定。
- 您沒有資格獲得 Medicaid 或 Child Health Plus 之決定。
- 若您的孩子有資格獲得 Child Health Plus 計劃，而就您必須支付的費用之決定。
- 在「特殊登記期」期間，您未滿足透過 NY State of Health 參加保險的規則之決定。

您可在本通知書末尾的「如何提起上訴及其他資訊」部分瞭解更多如何提起上訴的資訊。

## 法律參考：

---

下方列出了具體的法律和政府法規，這些法律和法規賦予 NY State of Health 權力並制定了相關規則，根據這些規則，我們可以向紐約州居民提供負擔得起的醫療保險。

此決定根據《社會服務法》366(1)(b)部分作出。

我們根據聯邦規則彙編第 45 篇 §155.335 確定您的預計資格。

申請人有權根據 45 CFR §155.355 和 155.505(b) 提起資格判定上訴。

此決定根據《社會服務法》369-ii 部分做出。

我們根據聯邦法規聯邦規則彙編第 45 篇 §155.310(g) 向您發送通知。

按照 42 CFR 600.330(e) 的要求，我們必須發給您這份通知。

- 透過 NY State of Health 申請保險的加入資格標準可見於

45 CFR §155.305。

- 此決定根據《社會服務法》364-j 部分作出。

## 如何申請上訴和其他資訊

---

上訴是您向 NY State of Health 提出的請求，以審查和更改我們做出關於您的資格的決定。

### 如何以及何時提起上訴

您可透過下列方式提起上訴：

- 致電 1-855-355-5777 聯繫我們 (TTY: 1-800-662-1220)。
- 將您的請求郵寄至：NY State of Health, PO Box 11729, Albany, NY 12211。
- 將您的請求傳真至 1-855-900-5557。

您可在收到本通知後的 60 個日曆日內申請上訴。您將收到來自 NY State of Health 的來信，表明我們已經收到您的請求。我們會來信告知您上訴聽證會的日期和時間。

## **尋求「繼續援助」**

您可以申請「繼續援助」以在上訴期間繼續享有您現在的承保。當您要求上訴時，您必須提出此要求。這意味著您目前的保險計劃將繼續為您承保，直至對您的上訴做出決定。

如果您享有 Medicaid 承保，並且從本通知之日起 10 天內或在本通知所列資格生效日期之前（以較晚者為準）申請「繼續援助」，我們將繼續為您承保。

## **上訴聽證會**

聽證會是您解釋為什麼您不同意 NY State of Health 的決定的機會。聽證官將對您的上訴做出決定。聽證官不會偏袒任何一方，不會袒護您或 NY State of Health。聽證官將透過電話進行聽證會。以下是您在聽證會之前、期間和之後需要做的事情。

### **聽證會之前**

- 查看 NY State of Health 用於決定您資格的文件。
- 您可以向我們發送可能幫助我們理解您的上訴的資訊。
- 您可要求能夠協助您決定是否提起上訴或幫助您準備上訴

聽證會的必要保單資料。

- 我們可能嘗試透過非正式的糾紛解決程序來解決您的問題。

## **聽證會期間**

- 如果您願意，您可以找人陪同您參加電話聽證會。此人可以是您的朋友、親屬、律師或其他人。或者您可以單獨參加您的聽證會。

## **聽證會之後**

- 上訴結果可能會更改您帳戶上其他人的資格，即使他們未要求上訴。
- 如果上訴沒有做出對您有利的決定，您可能需要支付您在上訴過程中獲得的醫療承保的費用。以下是當上訴未能做出對您有利的決定時，您可能必須採取的行動示例：
  - 如果您在上訴期間透過 Medicaid 獲得了承保，您可能需要償還獲得的 Medicaid 補助費用。
  - 如果您在上訴過程中加入了 Essential Plan（基本保健計劃）或 Child Health Plus，您可能需要償還保費（如需繳納保費）。

- 如果您的上訴結果為您沒有資格獲得稅收抵免，美國國稅局 (IRS) 將在您提交聯邦納稅申報表時核對您的稅收抵免，這可能會導致稅務罰款。

「緊急醫療狀況」這個詞語是指表現為足夠嚴重（包括劇烈疼痛）的急性症狀的醫療狀況（包括緊急陣痛和分娩），如果沒有立即就醫，可合理預計其會造成以下結果：

- 將患者的健康置於嚴重的危險境地；
- 嚴重損害身體機能；或
- 導致身體器官或部位的嚴重紊亂。

與器官移植手術相關的護理和服務不符合緊急醫療狀況治療的定義。

## 支持無紙化

---

選擇無紙化，輕鬆管理您的帳戶。通過選擇無紙化，您的所有重要通知均將在一個安全的地方，您也可隨時線上閱讀通知。我們將在您的 NY State of Health 帳戶上有新通知可供閱讀時給您發送電子郵件通知。您必須

登入帳戶才可流覽通知。

我們不會在該電子郵件中包含任何隱私或保密資訊。

如果您希望選擇無紙化，登入您的帳戶後單擊「Edit

Account Information（編輯帳戶資訊）」。

在「Communication Preferences（通信偏好）」欄下選擇「Paperless（無紙化）」，以在有新通知發佈到您的 NY State of Health 帳戶時收到電子郵件通知。您可隨時更改此選擇。

您帳戶中的地址保持準確非常重要。確保 NY State of Health 擁有您當前的郵寄和居住地址。如果我們沒有您的當前地址，則您或家庭成員的承保可能受到影響。

## **《醫療保險流通與責任法案》（HIPAA）**

---

紐約州致力於保護您的隱私。如要瞭解關於 NY State of Health 隱私慣例的更多內容，請前往

**[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** 或致電客戶服務部

**1-855-355-5777 (TTY : 1-800-662-1220)。**

## 非歧視政策通知

---

NY State of Health

會遵守適用的聯邦民權法律和紐約州法律，並且不會因種族、膚色、原國籍、教義/宗教、性別、年齡、婚姻/家庭狀態、殘疾、與妊娠相關的健康疾病、逮捕記錄、刑事定罪、性別認同、性取向、傾向性遺傳特徵、兵役狀況、家庭暴力受害者身份和/或報復情況而歧視對待任何人。

如果您認為 NY State of Health

有歧視對待您，您可提交投訴，詳情請訪問：

[www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)，或傳送電子郵件至 [DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov) 聯絡 Diversity Management Office。

您還可訪問

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>,

以電子形式向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

提交民權投訴，或是通過郵寄或電話方式聯繫 U.S.

Department of Health and Human Services : 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY :

1-800-537-7697)。投訴表的下載鏈接  
[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)。

## 特殊照顧

---

NY State of Health

為殘疾人士提供免費援助和服務，使其能與我們有效溝通，這包括：

- 通過 New York Relay Service（紐約州中繼服務）撥打 TTY
- 如果您是一位盲人或有嚴重的視力障礙，需要獲得其他格式（字型大小較大的打印版本、音頻或數據 CD、盲文）的通知或其他書面材料，請撥打 1-855-355-5777 (TTY : 1-800-662-1220)。

NY State of Health

還為主要語言不是英語的人士提供免費的語言援助服務，例如：

- 合格的譯員
- 其他語言的書面資訊

如果您需要這些服務，或者希望瞭解更多有關合理特殊照顧的資訊，請撥打 1-855-355-5777 (TTY :

1-800-662-1220)。

您可獲得以英語或其他語言閱讀此通知的幫助，或者獲得此通知的其他格式。撥打 1-855-355-5777 聯絡我們 (TTY: 1-800-662-1220)

## **登記投票**

---

如果您沒有在您的現居住地做選民登記，且想要登記，您可以這樣做：

- 前往紐約州 DMV 選民登記頁面  
<http://dmv.ny.gov/more-info/electronic-voter-registration-application>。
- 將填妥的紐約州機構選民登記表隨附於本通知，一併寄回給我們。

### **重要須知：**

- 申請登記或拒絕登記投票將不會影響您的資格或 NY State of Health 將為您提供的援助。
- 如果您需要幫助填寫選民登記申請表或要求一份紙質選民登記申請表，我們將為您提供幫助。想要獲取說明，請致電客戶服務部，電話為 1-855-355-5777

(TTY: 1-800-662-1220)。是否尋求幫助或接受幫助的決定在於您。您可能需要親自填寫申請表。

- 如果您認為有人干涉您的以下權利：登記或拒絕登記投票權利、您決定是否登記或申請登記投票的私隱權、選擇您自己的政黨或其他政治傾向的權利，您可以選擇透過以下方式投訴：

NYS Board of Elections  
40 North Pearl St. Suite 5  
Albany, NY 12207-2729  
電話：1-800-469-6872;

TDD/TTY 用戶請致電 711 聯絡 New York State Relay ;  
或訪問網站 - [www.elections.ny.gov/](http://www.elections.ny.gov/)

## 紐約州以機構為基礎的選民登記表

「如果您尚未在目前居住地區登記投票，您是否希望今日在此處申請登記？」

- 是 如果您勾選是，請填寫以下選民登記申請表
- 否，因為本人決定不登記，或
- 本人已在目前居住地區登記 或

本人已索取並收到郵寄登記表

何一項，則被視 如果您不勾選任 為已決定這次不 登記投票  
。

簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

請以正楷填寫姓名 \_\_\_\_\_

## **重要資訊！**

---

不論是否登記投票都不會影響本機構為您提供的補助金額。

如果您需要幫忙填寫選民登記申請表，我們很樂意協助您。  
您可以全權決定 是否要尋求或接受協助。您也可以私下填  
寫申請表。

Información en español: si le interesa obtener este  
formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料：若您有興趣索取中文資料表格，請電：  
1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화 하십시오.

## **選民登記申請表 (說明請參閱背面)**

---

**請以藍色或黑色墨水填寫或打印**

- 是, 我需要申請缺席投票
- 是, 我希望擔任選舉日當天的工作人員

**1. 您是否為美國公民?**

- 是
- 否

若回答否, 請勿填寫本表

**2. A) 您在選舉日當天或之前是否已年滿 18 歲?**

- 是
- 否

**B) 您是否至少年滿 16 歲, 且瞭解您必須在選舉日當天或之前年滿 18 歲才能投票, 除非您在選舉之前年滿十八歲,**

否則您的登記狀態會標記為「待定」，且無法在任何選舉中投票？

是

否

如果您對之前的兩個問題都回答否，您將無法登記投票。

### For Board Use Only

3. 姓氏 \_\_\_\_\_

名字 \_\_\_\_\_

中間名首字母縮寫 \_\_\_\_\_

後置稱謂 \_\_\_\_\_

4. 現居地址（請勿填寫郵政信箱） \_\_\_\_\_

公寓號碼 \_\_\_\_\_

市/鎮/村 \_\_\_\_\_

郵遞區號 \_\_\_\_\_

郡 \_\_\_\_\_

5. 收件地址（若與上列不同）\_\_\_\_\_

郵政信箱、偏遠地區專人投遞路線等等\_\_\_\_\_

郵局\_\_\_\_\_

郵遞區號\_\_\_\_\_

6. 出生日期\_\_\_\_\_

7. 性別（選填）\_\_\_\_\_

8. 電話（選填）\_\_\_\_\_

電子郵件（選填）\_\_\_\_\_

9. 身分證件號碼（請勾選適合的方塊並填寫號碼）

紐約州 DMV 號碼\_\_\_\_\_

社會安全號碼的最後四位數字\_\_\_\_\_

本人沒有紐約州 DMV 或社會安全號碼

10. 上次投票的年份\_\_\_\_\_

當時的地址為（請提供門牌號碼、街道及城市名）

\_\_\_\_\_

所在郡/州\_\_\_\_\_

當時使用的姓名（若與目前姓名不同）

---

## 11. 政黨

本人希望加入政黨

- 民主黨
  - 共和黨
  - 保守黨
  - 勞動家庭黨
  - 其他 \_\_\_\_\_
- 

我不想登記加入任何政黨，希望成為獨立選民

- 無政黨

## 12. 宣誓書：本人發誓或證明

- 本人是美國公民。
- 在選舉日之前，本人居住於本郡、市或村的時間至少已滿30天。
- 本人將符合在紐約州登記投票的所有要求。
- 以下橫線處簽名或畫押者為本人無誤。
- 上述資訊全部屬實，本人瞭解，如所言不實將遭定罪並處

以最高 5,000 美元的罰款和/或 4 年以下監禁。

---

簽名或畫押

日期

**(選填) 登記捐贈您的身體器官和組織**

---

姓氏 \_\_\_\_\_

名字 \_\_\_\_\_

中間名首字母縮寫 \_\_\_\_\_

後置稱謂 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

公寓號碼 \_\_\_\_\_

市/鎮/村 \_\_\_\_\_

郵遞區號 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_

性別  男  女

眼睛顏色 \_\_\_\_\_

身高 \_\_\_\_\_ 呎 \_\_\_\_\_ 吋

電子郵件 \_\_\_\_\_

DMV 或 ID NYC 號碼 \_\_\_\_\_

**在下面簽名，即表示您已經：**

- 年滿 16 歲（含）
- 同意捐贈您的所有身體器官和組織以供移植、研究或兩者之用；
- 授權選舉委員會向紐約州器官捐贈登記中心 (NYS Donate Life Registry) 提供您的姓名和個人身分資訊以利登記；
- 授權登記中心於您過世後向符合聯邦監管之器官獲取組織、紐約州授權的身體組織與眼庫及紐約州衛生署署長核准的其他醫院開放此資訊。

簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

## **登記資格**

---

**此表格可用於：**

- 在紐約州登記投票；
- 變更姓名和 / 或地址（如果這些資訊在您上次投票之後有所變更）；

- 加入政黨或變更登記；
- 預先登記投票（如果您是 16 或 17 歲）。

**您必須符合以下條件才能登記：**

- 是美國公民；
- 年滿 18 歲（您可以在 16 或 17 歲時預先登記，但在 18 歲前無法投票）；
- 在選舉當日之前居住於該郡或紐約市至少 30 天以上；
- 未因重罪入獄；
- 未在其他地方主張投票權；且
- 未被法院認定無行為能力。

**重要資訊！**

---

若您認為自己登記或拒絕登記投票的權利、決定是否登記或申請登記投票的隱私權，或是自行選擇政黨或其他政治偏好的權利遭到他人干擾，您可向下列單位投訴：

NYS Board of Elections  
40 North Pearl St, Suite 5  
Albany, NY 12207-2729

電話：1-800-469-6872；

TDD/TTY 聽障用戶請致電紐約州總機 711；

或造訪網站 - [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

您的登記決定屬保密資訊，僅會用於選民登記。未選擇登記投票者和/或與申請人將申請表繳交至哪一個辦公室相關的資訊皆屬保密資訊，僅會用於選民登記。

## 查證身分

---

我們會盡可能在選舉日之前，根據您在第 9 欄中填寫的 DMV 號碼（駕照號碼或非駕照之身分證件號碼）或社會安全號碼的最後四位數字，查證您的身分。

若您沒有 DMV 號碼或社會安全號碼，可以使用仍在效期內且附照片的身分證件、近期的公用事業帳單、銀行對帳單、薪資支票、政府支票或有註明您的姓名和地址的其他政府文件。您可以隨本表交付以上任何一種身分證件的影本。

如果我們無法在選舉日前查驗您的身分，便會在您第一次投

票時要求您出示證件。

## 填表說明：

---

**虛假登記或是向選舉委員會提供虛假資訊係屬犯罪行為。**

第 9 欄：您必須選擇一項。如有疑問，請參閱上述「查證身分」部分。

第 10 欄：如果您之前未曾投過票，請填寫「無」。如果您不記得自己上一次投票的時間，請填寫問號 (?)。如果您上一次投票時使用的是不同的姓名，請填寫當時使用的姓名。若否，請填寫「相同」。

第 11 欄：只能勾選一項。加入政黨是選擇性的，但若要在政黨初選中投票，投票人必須加入該政黨，除非黨規另有規定。

## **Getting Help in a Language Other than English**

---

This is an important document. If you need help to

understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775  
Albany, NY 12211

P.O Box 11775  
Albany, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]





Kontakte nou pou w poze kesyon oswa pou w jwenn Èd fas-a-fas:

**1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**

**[nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov)**

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Tout desizyon ki dekri nan avi sa a baze sou enfòmasyon sou ou nan sous done eta ak federal yo jwenn nan 01 desanm 2025.

02 desanm 2025

[REDACTED]

**Asire W Ou Toujou Gen Kouvèti Asirans!  
Ranpli Renouvèlman pou Kouvèti Asirans  
Sante a Jodi a!**

Li lè pou ou menm ak/oswa manm fanmi w renouvle

kouvèti asirans sante w la nan NY State of Health, Mache Plan Asirans Sante Ofisyèl la. Lèt sa a gen enfòmasyon enpòtan konsènan kijan pou ou renouvle kouvèti asirans sante w la.

Li enpòtan pou ou fè demach pou chak moun ki endike nan avi sa a. **Si w rate delè pou ou chwazi yon nouvo plan sante, ou sou risk pou ou pa gen kouvèti asirans sante pou ane k ap vini an.**

Konekte sou [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) pou ou fè nenpòt chanjman.

## **Lè a rive pou renouvle epi AKSYON PA OBLIGATWA pou moun sa yo:**

---

[REDACTED]

[REDACTED]

## **OKENN CHANJMAN NAN KALIFIKASYON:**

---

Ou kalifye pou **Medicaid**, kòmanse **01 fevriye 2026**.

## **DETAY SOU ASIRANS LAN:**

---

**Konpayi Asirans:** Healthfirst

**Pwogram:** Medicaid through NY State of Health

**Dat Kòmansman:** 01 fevriye 2026

## **AKSYON PA NESESÈ:**

---

Pwoteksyon asirans ou pa te chanje. Nou te enskri ou nan menm pwodui ou te genyen anvan an.

Kontakte konpayi asirans ou an si ou gen kesyon sou sèvis oswa pwofesyonèl swen sante ki garanti yo.

Ou ka chwazi rete ak plan sante ou ye kounye a oswa chwazi yon nouvo plan Medicaid Managed Care. Si ou chwazi yon nouvo plan, ou gen 90 jou apre dat kòmansman nouvo enskripsyon ou a pou chanje plan ou pou nenpòt ki rezon. Apre delè gras 90 jou a, ou p ap kapab chanje plan sante ou pou pwochen 9 mwa yo, sof si ou gen yon bon rezon.

Si ou vle fè yon chanjman, ou dwe fè sa ant **16 desanm 2025** ak **15 janvye 2026**. Gade nan seksyon avi sa a, **“Kijan ak kilè pou fè chanjman nan kont ou oswa pwoteksyon ou.”**

## **Jwenn Enfòmasyon sou Pwoteksyon Asirans Sante nan Medicaid nan NY State of Health**

---

Pou jwenn bonjan enfòmasyon sou asirans sante, tankou kijan li mache, kijan pou w itilize li, kijan pou w jwenn yon doktè, ak kisa sèten mo asirans siyifi, ale sou:

**<http://info.nystateofhealth.ny.gov/UsingYourInsurance>**

.

## **Kijan epi kilè pou fè chanjman nan kont ou oswa asirans ou**

---

Swiv etap yo ki anba a –

SI ... NY State of Health mande pou ou ranpli pwosesis renouvèlman an kote w ap bezwen mete ajou kèk enfòmasyon (pa egzanp, chwazi yon plan sante oswa mete ajou enfòmasyon nan aplikasyon ou an);

SI ... Nenpòt bagay te chanje nan lavi ou ki ka afekte asirans sante ou oswa asistans finansye;

SI ... Ou enskri nan yon plan epi ou vle wè si ou gen lòt opsyon nan asirans.

**Etap 1.** Ale sou [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) epi konekte sou kont ou.

OSWA

Kontakte yon Navigatè oswa Konseye Aplikasyon sètifye. Moun sa yo, ki nan òganizasyon kominotè ak plan sante, te resevwa fòmasyon pou ede ou konprann chwa ou genyen nan asirans sante epi enskri nan yon plan asirans. Si ou deja enskri nan yon plan, ou ka rele plan sante ou pou ede ou tou.

**Etap 2.** Fè chanjman pou ou ak / oswa moun ki abite lakay ou. Ou bezwen fè chanjman ki ant **16 desanm 2025** and **15 janvyè 2026** pou wè pou kisa ou kalifye nan dat **01 fevriye 2026**.

Ana a se kèk evènman lavi ou menm oswa yon moun ki abite lakay ou ki ka afekte ki asirans sante w ap enskri ladan, ki moun ki kouvri, oswa konbyen ou peye. Di nou si:

- Ou demenaje
- Revni ou chanje (sèlman si ou resevwa asistans finansye)
- Ou gen aksè nan oswa oswa enskri nan New York State Health Insurance Program (NYSHIP)

- Chanjman nan kalifikasyon ou pou asirans medikal nan yon travay
- Pri prim asirans sante ou nan yon travay chanje
- Chanjman nan kay ou. Pa egzanp, ou marye / divòse, vin ansent, oswa ou gen yon timoun; adopte yon timoun, oswa yon timoun plase pou adopsyon avèk ou
- Ou vin kalifye pou lòt asirans sante
- Gen yon chanjman nan sitiyasyon ou kòm etidyan a plen tan (si gen moun nan kay la ki lekòl)
- Gen yon chanjman sitiyasyon ou ak imigrasyon
- Ou chanje fason ou planifye pou ou deklare taks ou yo. Pa egzanp, ou pral reklame nouvo depandan (sèlman si w ap resevwa asistans finansye)

Si ou pa deklare chanjman yo nan yon delè 30 jou epi yo afekte kapasite w pou jwenn èd gouvènman ak depans asirans yo, ou ka oblije peye kèk oswa tout sibvansyon ou te resevwa yo.

## **Kisa k ap pase apre ou fè chanjman nan kont ou**

Ou pral resevwa yon avi nan NY State of Health avèk enfòmasyon sou pwoteksyon nouvo asirans sante ou ak nenpòt asistans finansye ou pral resevwa.

## **REMAK - Pou moun ki enskri nan yon plan sante ak yon prim chak mwa:**

---

Si ou pa ta peye prim ou yo ka anile enskripsyon ou nan plan an lòt ane. Si ou toujou kalifye pou asirans sante men te resevwa yon avi nan NY State of Health ki eta ou ye kounye a ane nan pwoteksyon te fini paske ou pa t'peye prim ou, ou dwe ale nan o [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) t pou chwazi yon plan pou ane pwochèn.

## **Kijan nou pran desizyon nou**

---

[REDACTED]

[REDACTED]

Ou kalifye pou Medicaid paske Baz done federal ak eta a montre revni ou la piti se ant \$0 ak \$\$21,597.00. Sa a se entèval revni ki akseptab pou Medicaid ki baze sou kantite moun ki nan fwaye ou la. Nou te itilize enfòmasyon sa yo pou renouvle pwoteksyon ou nan pou ane k ap vini an. Retounen epi mete kont ou ajou si li pa koresponn ankò ak revni fwaye ou la.

## **Enfòmasyon Swen Kowòdone Medicaid**

---

**Pwochen Etap pou enskri nan plan sante ki gen nan**

## **Medicaid:**

Si ou elijib pou enskri nan yon Plan Sante Medicaid ap Jere epi ou pa chwazi yon plan, yo pral chwazi youn (1) pou ou. Si ou bezwen swen sante avan menm kouvèti asirans sante ou an kòmanse, itilize kat Idantifikasyon Avantaj Eta New York ou an (Kat Medicaid) nan nenpòt pwofesyonèl swen sante ki pran Medicaid.

- Tout kliyan ki enskri nan yon plan Sante Medicaid ap Jere ap resevwa de (2) kat - youn (1) se kat Kat Medicaid epi lòt la se kat idantifikasyon plan sante. Vini ak toude kat yo chak fwa w ap itilize sèvis medikal yo.
- Kèk sèvis, tankou avantaj famasi yo, plan sante ou an pa kouvri yo epi ou se bò kote pwofesyonèl Medicaid yo w ap jwenn yo. Kouvèti asirans pou medikaman sou preskripsyon yo se NYRx ki pral bay li, Pwogram Famasi NY Medicaid la. Pifò famasi ki genyen nan Eta New York lan aksepte NYRx. Montre kat Idantifikasyon Avantaj Eta New York ou an (kat Medicaid) oswa kat idantifikasyon plan sante ou an bay famasi a nan moman y ap ranpli preskripsyon ou yo.
- Ou pral benefisye enfòmasyon sou avantaj plan sante ou an ansanm ak ki pwofesyonèl swen sante ki disponib nan rezo plan sante ou an. Avantaj plan sante ou an pral kouvri yon pakèt sèvis, tankou vizit doktè, swen pasyan ki entène, tès alboratwa yo, ansanm ak plis toujou. Ou kapab kontakte plan sante ou an

dirèkteman si ou bezwen konnen sèvis plan sante ou an kouvri.

- Ou dwe kontakte nouvo plan sante ou an pou chwazi Pwofesyonèl Swen Prensipal (Primary Care Provider, PCP)) ou an. Si ou chwazi yon nouvo doktè, rele biwo doktè a avan pou rasire ou li aksepte nouvo pasyans epi yo nan plan sante ou te chwazi a.
- Ou kapab gen posibilite pou anile enskripsyon ou an nan plan Sante Medicaid ap jere. Kèk moun ki nan yon sitiyasyon espesyal ki pèmèt yo chwazi enskri swa nan yon plan sante oswa benefisye plan Medicaid òdinè a (frè sèvis). Sa a genyen Ameriken Natif ak moun k ap patisipe nan kèk pwogram ki gen franchiz, tankou pwogram prevansyon Twoub nan Sèvo apre yon Chòk (Traumatic Brain Injury, TBI) ak Biwo pou Moun ki gen Andikap ki lye ak Maladi Devlopmanantal (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) Si ou panse ou kapab nan youn (1) nan sitiyasyon sa yo, oswa ta renmen jwenn plis enfòmasyon sou opsyon ou genyen yo, ou kapab rele Depatman Sante New York lan.
- Ou kapab elijib pou seleksyone ak enskri nan yon Plan Bezwen Espesyal (Special Needs Plan, SNP) si genyen yon SNP ki disponib kote w ap viv la. SNP yo ansanm ak gwoup doktè pa yo, pwofesyonèl swen sante pa yo epi lopital pa yo kreye pou reponn ak bezwen sante espesyalize pou moun ki sanzabri yo, transjan, oswa k

ap viv ak VIH/SIDA. **Manm Medicaid ki elijib pou benefisye SNP kapab transfere nan youn (1) nan plan sa yo nenpòt kilè.**

- Ou kapab elijib pou seleksyone ak enskri nan yon Plan Sante ak Gerizon (Health and Recovery Plan, HARP) pou granmoun ki bezwen sèvis sante fizik epi/oswa konpòtmantal yo. HARP bay sèvis tankou vizit lakay doktè, sante mantal ak sèvis twoub konsomasyon dwòg, medikaman, ak swen nan lopital. **Manm Medicaid ki elijib pou benefisye HARP kapab transfere nan youn (1) nan plan sa yo nenpòt kilè.**
- Moun ki elijib pou HARP oswa SNP yo kapab transfere nan youn nan plan sa yo nenpòt kilè. Pou moun ki elijib pou tout lòt plan yo, ou pral genyen 90 jou apati dat enskrisyon plan sante ou an rantre an vigè pou chanje plan ou genyen an san rezon. Ou kapab chanje plan sèlman si sèlman genyen yon lòt plan sante ki disponib nan zòn ou an. Aprè 90 jou, ou p ap kapab chanje plan sante ou an pandan 9 mwa k ap vini yo, sof si ou genyen yon bon rezon. Pou jwenn plis enfòmasyon sou sa a, kontakte Depatman Sante New York lan.

## **Fason pou w itilize Kat Idantifikasyon Avantaj Eta ou (Kat Medicaid)**

---

### **Enfòmasyon enpòtan konsènan kat Idantifikasyon**

## **Avantaj Eta New York ou an (Kat Medicaid):**

Si ou nouvo nan pwogram Medicaid lan, ou pral resevwa yon kat Idantifikasyon Avantaj New York lan (Kat Medicaid) nan kourye lapòs Si ou te deja ap benefisye avantaj Medicaid yo epi yo te gentan ba ou yon kat nan moman sa a, ou ka itilize kat sa a.

Ou dwe vini ansanm ak kat ou an chak fwa w ap itilize sèvis medikal yo.

Si ou bezwen swen medikal avan menm ou resevwa kat ou an, ou dwe rasire ou pwofesyonèl swen sante a ap pran Medicaid. Pwogram Medicaid la kapab peye sèlman fakti medikal yo si pwofesyonèl swen sante a pran Medicaid.

Pou jwenn plis enfòmasyon sou ki sèvis Medicaid kouvri yo oswa pou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki pran Medicaid tou pre ou, tanpri rele Liy Asistans Medicaid la nan 1-800-541-2831.

**Rele Depatman Sante New York (NY State of Health) lan imedyatman si ou pa jwenn kat Medicaid ou an oswa si kat ou an pa mache, si li pèdi oswa te vòlè li. Ou dwe toujou konsève kat Medicaid ou an menm si**

**ou p ap resevwa avantaj yo ankò. Ou ka itilize menm kat la ankò si ou kalifye pou Medicaid alavni.**

## **Si Ou Panse Nou Te Fè Yon Erè**

---

Si ou panse nou te fè yon erè sou kalifikasyon ou, ou ka rele nou pou pale sou enkyetid ou yo. Rele NY State of Health nan 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Desizyon ou kapab konteste

- Desizyon ki endike ou pa kalifye pou achte yon plan sante pou tèt ou oswa fanmi ou nan NY State of Health.
- Desizyon ou pa kalifye pou èd federal pou ede peye pou yon plan sante ou te achte nan NY State of Health.
- Desizyon sou konbyen lajan ou dwe peye pou prim chak mwa w la oswa kopeman w lan si w te aplike pou èd finansye.
- Desizyon ou pa kalifye pou Medicaid oswa Child Health Plus.
- Desizyon sou ki kantite lajan ou dwe peye pou pwoteksyon asirans sante nan Child Health Plus si pitit ou yo kalifye pou pwogram sa a.
- Desizyon ou pa satisfè règ pou enskri pou asirans nan NY State of Health nan yon "peryòd enskripsyon espesyal".

Ou pral jwenn plis enfòmasyon sou fason pou mande yon kontestasyon nan seksyon "Fason pou mande yon Kontestasyon ak Lòt Enfòmasyon" nan fen avi sa a.

## **Referans Legal:**

---

W ap jwenn anba a yon lis ak lwa ak regleman gouvènman espesifik ki bay NY State of Health otorite a epi ki etabli règ ki pèmèt nou ofri asirans sante bon mache pou rezidan Eta New York yo.

Desizyon sa a baze sou Seksyon 366(1) (b) Lwa Sèvis Sosyal.

Nou detèmine kalifikasyon ou ki prevwa dapre 45 CFR §155.335.

Aplikan an gen dwa pou fè kontestasyon kont yon desizyon kalifikasyon dapre 45 CFR §155.355 ak 155.505(b).

Desizyon sa a baze sou Seksyon 369-ii nan Lwa Sèvis Sosyal yo.

Nou voye avi sa a ba ou selon règleman federal 45 CFR

§155.310(g).

Nou voye avi sa a ba ou selon egzijans 42 CFR 600.330(e).

- Ou ka jwenn estanda kalifikasyon pou enskri nan NY State of Health yo nan 45 CFR §155.305.
- Desizyon sa a baze sou Seksyon 364-j Lwa Sèvis Sosyal.

## **Fason pou depoze yon kontestasyon ak plis enfòmasyon**

---

Yon kontestasyon se demann ou bay NY State of Health pou egzaminen ak chanje yon desizyon nou te pran sou kalifikasyon ou.

### **Kijan ak ki lè pou mande yon kontestasyon**

Ou ka mande yon kontestasyon lè ou fè youn nan bagay sa yo:

- Rele nou nan 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).
- Voye demann ou a pa lapòs nan adrès: NY State of Health, PO Box 11729, Albany, NY 12211.
- Voye demann ou a pa faks nan nimewo 1-855-900-5557.

Ou gen 60 jou apre dat ki sou avi sa a pou mande yon kontestasyon. Ou pral resevwa yon lèt nan menm NY State of Health ki di nou te resevwa demann ou an. N ap voye yon lèt ba ou ki di dat ak lè odyans kontestasyon ou a.

### **Mande pou èd kontinye**

Ou ka mande èd pou kontinye kenbe pwoteksyon ou gen nan moman an pandan y ap travay sou kontestasyon ou a. Ou dwe mande sa lè ou mande yon kontestasyon. Sa vle di ke pwogram asirans ou ladan kounye a ap kontinye jiskaske yo pran yon desizyon sou kontestasyon ou a.

Si ou gen pwoteksyon Medicaid, n ap kontinye pwoteksyon ou si ou mande Èd pou Kontinye nan 10 jou apre dat avi sa a OSWA anvan dat kalifikasyon ou kòmanse nan avi sa a, sa ki vini pi ta a.

### **Odyans Kontestasyon an a**

Odyans lan se chans ou pou esplike pou kisa ou pa dakò ak desizyon NY State of Health la. Yon ofisye odyans pral pran yon desizyon sou kontestasyon ou a. Ofisye odyans lan p ap nan patipri epi li pa pral favorize ni ou, ni NY State of Health. Ofisye a ap fè odyans lan nan telefòn. Men kisa ou bezwen fè anvan, pandan, ak apre odyans

lan.

### **Anvan odyans la**

- Gade nan dokiman NY State of Health ou te itilize yo pou pran yon desizyon sou kalifikasyon ou.
- Ou ka voye enfòmasyon bay nou ki ta ka ede nou konprann kontestasyon ou an.
- Ou ka mande dokiman sou règleman espesifik ki nesèsè pou ede ou deside si ou ta dwe mande yon kontestasyon oswa pou ede ou prepare pou odyans kontestasyon ou.
- Nou ka eseye rezoud pwoblèm ou yo nan yon pwosesis rezolisyon dispit enfòmèl.

### **Pandan odyans la**

- Ou ka fè yon moun patisipe ak ou pandan odyans nan telefòn ou a si ou vle. Moun sa a ka yon zanmi, zanmi, avoka, oswa lòt moun. Oswa ou ka patisipe nan odyans la poukont ou.

### **odyans la**

- Rezilta yon kontestasyon ka chanje kalifikasyon lòt moun sou kont ou menm si yo pa mande pou yon kontestasyon.
- Si kontestasyon an pa rezoud nan favè ou, ou ka

responsab pou peye pri a pwoteksyon sante sante yo t ap travay sou kontestasyon ou a. Men kèk egzanp sou sa ou ka fè lè kontestasyon la pa rezoud nan favè ou:

- Si ou te resevwa pwoteksyon Medicaid pandan y ap detèmine kontestasyon ou an, ou ka oblije remèt pri avantaj Medicaid ou te resevwa yo.
- Si ou te enskri nan Essential Plan (Plan Esansyèl) oswa Child Health Plus pandan yo t ap travay sou kontestasyon ou an, ou ka oblije remèt prim ou a, si ou gen yon prim.
- Si kontestasyon ou a twouve ou pa kalifye ou kredi taks, IRS pral rekonsilye kredi taks ou yo lè ou depoze deklarasyon taks federal ou yo, ki ka fè ou jwenn yon sanksyon fiskal.

Tèm "pwoblèm medikal ijan" vle di yon pwoblèm medikal (tankou tranche ak akouchman an ijans) ki prezante sou fòm sentòm ki vrèman grav (tankou gwo doulè) epi absans swen medikal imedya ta ka yon fason rezonab gen konsekans sa yo:

- Mete sante pasyan an nan gwo danje;
- Defisyans grav nan fonksyon kòporèl; oswa
- Move fonksyonman ki grav konsènan yon ògàn oswa yon pati nan kò a.

Swen ak sèvis ki gen rapò ak yon pwosedi transplantasyon ògàn pa nan definisyon tretman pou yon pwoblèm medikal ijan.

## **Sispann Itilize Papye**

---

Rann zafè jere kont ou an pi fasil lè w sispann itilize papye. Lè w sispann itilize papye, tout avi enpòtan w yo prale yon sèl kote ki an sekirite epi ou kapab li yo sou entènèt nenpòt lè. Nou pral voye yon alèt imèl ba ou lè yon nouvo avi disponib pou w li sou kont NY State of Health ou an. Ou dwe konekte nan kont ou an pou w ka wè avi ou yo. Nou pa pral mete okenn enfòmasyon prive oswa sekre nan imèl la.

Si w vle sispann itilize papye, konekte nan kont ou an epi klike sou “Edit Account Information” (Chanje Enfòmasyon Kont). Anba “Communication Preferences” (Preferans Kominikasyon), chwazi “Paperless” (Pa itilize papye) pou w jwenn alèt imèl yo lè yo afiche nouvo avi yo nan kont NY State of Health ou an. Ou gen opsyon pou chanje chwa sa a nenpòt lè.

Li vrèman enpòtan pou adrès ou kòrèk nan kont ou. Asire w NY State of Health gen bon adrès postal ou ak adrès kay ou. Sa ka afekte pwoteksyon asirans fanmi ou si nou

pa gen adrès ou ye kounye a.

## **Transferabilite ak Responsablite Asirans Sante (HIPAA)**

---

Eta New York pran angajman pou pwoteje enfòmasyon prive ou. Pou jwenn plis enfòmasyon sou prensip pwoteksyon enfòmasyon prive NY State of Health, ale sou **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** oswa rele sèvis kliyantèl nan **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**.

## **Avi Konsènan Regleman Kont Diskriminasyon**

---

NY State of Health konfòme li ak lwa dwa sivik Federal ak lwa eta epi li pa fè diskriminasyon ki baze sou ras, koulè, orijin nasyonal, kwayans/relijyon, sèks, laj, eta sivil/familyal, andikap, kondisyon ki gen rapò ak gwosè, dosye arestasyon, kondanasyon kriminèl, idantite seksyèl, oryantasyon seksyèl, pre-dispozisyon karakteristik jenetik, eta militè, viktim vyolans domestik ak/oswa revanch.

Si ou kwè NY State of Health te fè diskriminasyon kont ou, ou ka depoze yon plent lè ou ale nan **[www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)** oswa voye yon imèl Diversity Management Office nan **[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)**.

Answit ou ka depoze yon plent konsènan dwa sivik ak U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights pa mwayen elektwonik nan

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>**

oswa pa lapòs oswa nan telefòn nan U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Fòm pou pote plent yo disponib nan

**[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.

## **Akomodasyon**

---

NY State of Health ofri èd ak sèvis gratis pou moun ki gen andikap pou kominike byen avèk nou, tankou:

Ofri èd ak sèvis gratis pou moun ki gen andikap pou kominike byen avèk nou, tankou:

- TTY atravè New York Relay Service
- Si ou avèg oswa ou gen gwo difikilte pou wè epi ou bezwen avi oswa dkiman nan yon lòt fòm (gran ekriti, odyo oswa CD done, oswa Bray), kontakte 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Epitou, NY State of Health ofri sèvis asistans lang gratis pou moun ki pa pale angle byen tankou:

- Entèprèt ki kalifye
- Enfòmasyon ekri nan lòt lang

Si ou bezwen sèvis sa yo oswa pou plis enfòmasyon sou Akomodasyon Rezonab, tanpri rele 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Ou kapab jwenn Èd pou li avi sa a ann Anglè oswa yon lòt lang oswa jwenn avi sa a nan yon lòt fòm. Rele nou nan 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)

## **Enskri pou Vote**

---

Si ou pa enskri pou vote kote w ap viv kounye a epi ou ta renmen enskri, ou ka fè sa:

- Sou entènèt nan paj enskripsyon elektè DMV Eta New York la  
**<http://dmv.ny.gov/more-info/electronic-voter-registration-application>**.
- Ranpli fòm enskripsyon votè Eta New York ki vini ak avi sa a epi voye li tounen bay nou pa lapòs.

## **Enfòmasyon Enpòtan pou w Konnen**

- Si ou aplike pou enskri oswa pou refize enskri pou vote sa pa pral afekte kalifikasyon ou oswa èd ou prla jwenn

nan NY State of Health.

- Si ou bezwen èd pou ranpli fòm aplikasyon enskripsyon elektè a oswa pou mande yon fòm aplikasyon enskripsyon elektè sou papaye, nou ka ede ou. Si w bezwen èd, kontakte sèvis kliyan nan 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220) avan. Se ou ki gen dwa deside si ou vle chèche oswa aksepte èd. Ou ka ranpli fòm aplikasyon w lan an prive.
- Si ou kwè yon moun te deranje dwa ou ou enskri oswa pou refize enskri pou vote, dwa ou pou gen konfidansyalite lè w ap deside si w ap enskri oswa aplike pou enskri pou vote, oswa dwa ou pou chwazi pwòp pati politik ou oswa lòt preferans politik, ou ka depoze yon plent ak:

NYS Board of Elections  
40 North Pearl St. Suite 5  
Albany, NY 12207-2729  
Telefòn: 1-800-469-6872;

Moun ki itilize TDD/TTY yo ka rele Relè Eta New York nan 711; oswa ale sou sitwèb la - **[www.elections.ny.gov/](http://www.elections.ny.gov/)**

# NYS Agency-Based Voter Registration Form

**"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"**

**YES** (If you check **YES**, please complete **VOTER REGISTRATION APPLICATION** on original document)

**NO** because I choose not to register **OR**

I am already registered at my current address **OR**

I asked for and received a mail registration form

**If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature Date

\_\_\_\_\_  
Please Print Name

## **Important!**

---

Applying to register or declining to register to vote will not

affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料:若您有興趣索取中文資料表格,請電:  
1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683  
으로 전화 하십시오.

## **VOTER REGISTRATION APPLICATION** **(instructions below)**

---

**Please print or type in blue or black ink**

- Yes, I need an application for an Absentee Ballot
- Yes, I would like to be an Election Day worker

**1. Are you a U.S. citizen?** Yes  No

If you answered **NO**, do not complete this form.

**2. A) Will you be 18 years old on or before election day?**

Yes  No

**B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked “pending” and you will be unable to cast a ballot in any election?**

Yes  No

If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.

### **For Board Use Only**

**3. Last Name** \_\_\_\_\_

**First Name** \_\_\_\_\_

Middle Name \_\_\_\_\_

Suffix \_\_\_\_\_

**4. Address where you live (do not give P.O. address)**

Apt. No. \_\_\_\_\_

City/Town/Village \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_

County \_\_\_\_\_

**5. Address where you get your mail (if different from above)** \_\_\_\_\_

P.O. Box, star route, etc. \_\_\_\_\_

Post Office \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_

**6. Date of Birth** \_\_\_\_\_

**7. Gender (optional)** \_\_\_\_\_

**8. Telephone Number (optional)** \_\_\_\_\_

Email (optional) \_\_\_\_\_

**9. ID Number** (Check the applicable box and provide your number)

New York State DMV number \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Last four digits of your Social Security Number \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I do not have a New York State DMV or Social Security number

**10.** The last year you voted \_\_\_\_\_

Your Address was (give house number, street and city)

\_\_\_\_\_

In county/state \_\_\_\_\_

Under the Name (if different from your name now)

\_\_\_\_\_

**11 . Political Party**

**I wish to enroll in a political party**

Democratic Party

Republican Party

Conservative Party

Working Families Party

Other (write in) \_\_\_\_\_

**I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter**

No party

**12 . Affidavit: I swear or affirm that**

- I am a citizen of the United States.
- I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.
- I will meet all requirements to register to vote in New York State.
- This is my signature or mark on the line below.
- The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years.

---

Signature or Mark in Ink

Date

**(Optional) Register to donate your organs and tissues**

---

Last Name \_\_\_\_\_

First Name \_\_\_\_\_

Middle Initial \_\_\_\_\_

Suffix \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
Apt Number \_\_\_\_\_  
City/Town/Village \_\_\_\_\_  
Zip Code \_\_\_\_\_  
Birth Date \_\_\_\_\_  
Gender  M  F  
Eye Color \_\_\_\_\_  
Height \_\_\_\_\_ Ft. \_\_\_\_\_ In.  
Email \_\_\_\_\_  
DMV or ID NYC Number \_\_\_\_\_

**By signing below, you certify that you are:**

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## **Qualifications for Registration**

---

### **You Can Use This Form To:**

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment.
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

### **To Register You Must:**

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

## **Important!**

---

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections  
40 North Pearl St, Suite 5  
Albany, NY 12207-2729  
Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;  
or visit our web site - **[www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)**

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

## **Verifying your identity**

---

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

## **To complete this form:**

---

**It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.**

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If

you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.

Rev. 05/04/2021

## **Getting Help in a Language Other than English**

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement

les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775

Albany, NY 12211

P.O Box 11775  
Albany, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

2025년 10월 30일

[REDACTED]

## 통지서 - 우편 주소 변경

### 본 통지서를 발송하는 이유

---

귀하는 본인 계정에서 우편 주소를 변경하셨습니다. NY State of Health 에서 보내 드리는 귀하의 자격 및 보장에 관한 모든 통지서는 새로 변경된 주소로 발송됩니다.

주소를 변경하지 않으신 경우 즉시 저희에게 알려 주십시오.

## NY STATE OF HEALTH 연락 방법

---

전화: 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)

온라인: [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)

우편:

NY State of Health  
PO Box 11727  
Albany, NY 12211

## 본 통지서와 관련 해 도움을 받는 방법

---

NY State of Health 에 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220) 번으로 전화해 다른 언어로 도움을 받거나 본 통지서를 읽는 데 도움을 받으실 수 있습니다. 본 통지서 는 다른 형식으로도 이용 가능합니다. 자세한 정보가 필요하시면 전화하십시오. 가까운 내비게이터 또는 공인 신청 보조원을 찾아보시려면 [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) 를 방문하거나 저희에게 전화하십시오.

## 전자 문서 이용하기

---

전자 문서를 사용하면 계정을 보다 쉽게 관리하실 수 있습니다. 전자 문서를 사용하면 중요한 통지서가 한곳에 안전하게 보관되며 언제든지 온라인에서 통지서를 읽으실 수 있습니다. NY State of Health 계정 에서 새로운 통지서가 나오면 이메일 알림을 보내드립니다. 통지서를 읽으시려면 반드시 계정에 로그인 하셔야 합니다. 이메일에는 어떠한 개인 정보나 기밀 정보도 포함하지 않습니다.

전자 문서를 사용하려면 계정에 로그인하여 “계정 정보 편집 (Edit Account Information)” 을 클릭하십시오. NY State of Health 계정에 새 통지서가 게시될 때마다 이메일 알림을 받으려면 “선호하는 연락 수단 (Communication Preferences)” 에서 “전자 문서(Paperless)” 를 선택하십시오. 이메일 수신 설정은 언제든지 변경하실 수 있습니다.

계정 내 주소가 정확한 것이 중요합니다. NY State of Health 가 귀하의 현재 우편 및 거주 주소를 가지고 있는지 확인해 주십시오. 저희에게 귀하의 현재 주소가 없으면 귀하나 귀하의 가족에 대한 보장에 영향이 있을 수 있습니다.

## 건강 보험 양도 및 책임에 관한 법(HIPAA)

---

New York State 는 귀하의 개인 정보 보호에 최선을 다합니다. NY State of Health 의 개인 정보 보호 관행 에 대해 자세히 알아보시려면 [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) 를 방문하거나 고객 서비스팀에 **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)** 번으로 전화하십시오.

## 차별 금지 정책 통지

---

NY State of Health 는 해당하는 연방 민권법 및 주법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 신념/종교, 성 별, 연령, 혼인/가족 상태, 장애, 임신 관련 상황, 체포 기록, 범죄 및

형사 기소, 성 정체성, 성적 지향, 유전 적 특성, 전역 여부, 가정 폭력 피해자 신분 및/또는 보복을 이유로 하여 차별하지 않습니다.

NY State of Health 로부터 차별을 받았다고 여겨지는 경우 [www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/) 에 접속하거나 [DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov) 주소로 Diversity Management Office 에 이메일을 보내 민원을 제기하실 수 있습니다.

또한, U.S. Department of Health and Human Services 의 Office for Civil Rights 웹사이트 (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>) 에서 온라인으로 민원을 제기하거나 U.S. Department of Health and Human Services 에 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201;에 우편을 보내거나 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) 로 전화하 여 민원을 제기하실 수 있습니다. 민원 양식은

[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html) 에서 이용하실 수 있습니다.

## 편의 제공

---

NY State of Health 는 장애를 가진 분들이 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 무료 지원 및 서비스를 제공합니다.

- New York Relay Service 를 통한 TTY
- 맹인이거나 심각한 시각 장애가 있어 다른 형식(큰 활자, 오디오나 데이터 CD, 점자)으로 된 통지 또는 서면 자료가 필요하신 경우, 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)번으로 연락하십시오.

NY State of Health 는 영어가 기본 언어가 아닌 분들을 위해 다음과 같은 방법을 통해 무료 언어 지원 서비스도 제공하고 있습니다.

- 유자격 통역사

- 다른 언어로 된 서면 정보

이러한 서비스가 필요하거나 합리적 편의 제공(Reasonable Accommodations)에 관한 자세한 정보를 원하시면 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)번으로 연락하십시오.

## **Getting Help in a Language Other than English**

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775

Albany, NY 12211

P.O Box 11775  
Albany, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] [REDACTED]



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

## **Nōṭīśā paribartana mē'ilim ṭhikānā**

### **Kēna āmarā āpanākē ē'i bijñapti pāṭhācchi**

---

Āpanāra ṭhikānāṭi paribartita hayēchē ēmana mārkina pōṣṭāla pariṣēbā thēkē āmarā tathya pēyēchi. NY State of Health ēra samasta bhabīṣyatēra nōṭīśaguli ē'i natuna ṭhikānāya pāṭhānō habē nā yatakṣaṇa nā āmādēra sanśōdhanēra bijñapti dē'ōyā haya.

### **Āpanākē parabartītē kī karatē habē**

---

Āpanāra ayākā'unṭē āpanāra ṭhikānā saṭhika ha'ōyā gurutbapūrṇa. **Niścita karuna yē NY State of Health ē āpanāra bartamāna ḍāka ēbarṁ ābāsika ṭhikānā āchē.** Yadi āmādēra kāchē āpanāra bartamāna ṭhikānā nā



- āpanāra natuna tathya sanrakṣaṇa karā habē nā.
4. Āpanāra ayākā'unṭē āpanāra sbāsthya bīmā ābēdana samparkē gurutbapūrṇa tathya sanrakṣaṇa karā habē. Āpanāra i'ujāranēma ēbaṁ pāsa'oṅyārḍa nirāpadē rākhuna.

## **Atirikta tathya**

---

Sbāsthya bīmāya tālikābhuktira jan'ya āpanāra yōgyatākē prabhābita karatē pārē ēmana yēkōnō paribartanēra 30 dinēra madhyē āpanākē NY State of Health kē jānātē habē. Āpanākē āmādēra jānātē habē yadi:

- Āpani an'ya kōthā'ō calē yāna (āpanāra bāsasthāna, ā'ini ēbaṁ/athabā ḍāka ṭhikānāya kōna'ō paribartana ghaṭalē);
- Āpanāra āyēra paribartana halē (śudhumātra yadi āpani ārthika sahāyatā pāna);
- Cākarira jan'ya sbāsthya bīmāra jan'ya āpanāra yōgyatāra paribartana haṅya;
- Āpanāra paribārē paribartana haṅya, udāharaṇasbarūpa, āpani biyē/bicchēda karēna, garbhabatī hana, athabā kōnō santāna (rā) thākē; kōnō śīsu (dēra) dattaka nēna athabā āpanāra sāthē kōnō śīsu (dēra) dattaka nē'oṅyāra jan'ya rākhā haṅya;
- Āpani an'yān'ya bīmāra jan'ya yōgya hana;
- Pūrṇa-samayēra chātra abasthāya paribartana (yadi

ābēdanakārī sadasyadēra kṣētrē prayōjya haḃa);

- Abhibāšana abasthāya paribartana;
- Āpani kībhābē kara jamā dēbēna sē'i parikalpanāya paribartana, udāharaṇasbarūpa, yadi āpani natuna nirbharaśīladēra dābi karēna (śudhumātra yadi āpani ārthika sahāyatā pāna).

**Paribartanaguli ripōrṭa karatē, āpani  
www.nystateofhealth.ny.gov ē āpanāra āmāra  
ayākā'unṭē yētē pārēna athabā āmādēra sāthē  
yōgāyōga karatē pārēna.**

**Kībhābē NY State of Health ē yōgāyōga karabēna**

---

**Phōna:** 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)

**Analā'ina:** [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)

**Ciṭhi pāṭhānōra:**

NY State of Health

PO Box 11727

Albany, NY 12211

**Ē'i nōṭīsa thēkē kībhābē sāhāyya pābēna**

---

An'ya bhāṣāya sāhāyya pētē bā ē'i nōṭīsa paṛatē  
sāhāyyēra jan'ya NY State of Health kē 1-855-355-5777

(TTY: 1-800-662-1220) Nambarē kala karuna. Ē'i bijñapti an'yān'ya pharamyāṭē pā'ōyā yāya. Ārō tathyēra jan'ya kala karuna. Āpanāra kāchākāchi ēkaṭi n'yābhigēṭara bā pratyayita ayāplikēśana sahāyaka khuṃjē pēt [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) ē yāna bā āmādēra kala karuna.

## **Kāgajabihīna ha'una**

---

Kāgajabihīna ē giyē āpanāra ayākā'unṭaṭi sahaṭē paricālanā karuna. Kāgajabihīna ē gēlē, āpanāra samasta bijñaptiguli ēkaṭi nirāpada jāyagāya thākabē ēbaṃ yēkōnō samaṭya analā'inē āpani āpanāra bijñaptiguli paṭatē pārābēna. Āpanāra NY State of Health ayākā'unṭē paṭāra matō kōnō natuna bijñapti pēlē sāthē sāthē āmarā āpanākē ēkaṭi imē'ila sartakatā pāṭhābō. Āpanāra bijñaptiguli dēkhatē āpanākē abaśya'i āpanāra ayākā'unṭē laga ina karatē habē. Āmarā kōnō byaktigata bā gōpanīya tathya imē'ilē sanyukta karabō nā.

## **Sbāsthya bimā bahanayōgyatā ēbaṃ jabābadihitā ā'ina (HIPAA)**

---

Ni'u iyarka ṣṭēṭa āpanāra gōpanīyatā rakṣā karatē aṅgīkārabad'dha. NY State of Health ēra gōpanīyatā anuśīlana samparkē āra'ō jānatē [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) yāna bā grāhaka

pariṣēbāya kala karuna **1-855-355-5777 (TTY:  
1-800-662-1220)** Nambarē.

## **Bibēcanāhīnatā nītira bijñapti**

---

NY State of Health prayōjya phēḍārēla nāgarika adhikāra ā'ina ēbam̄ sṭēṭa ā'ina mēnē calē ēbam̄ jāti, barṇa, jātiya uṭsa, dharmabiśbāsa/dharma, liṅga, bayasa, baibāhika/pāribārika abasthā, akṣamatā, garbhābasthā samparkita śarta, grēptārēra rēkarḍa, phaujadāri aparādha (guli), liṅga paricaṃya, yauna drṣṭibhaṅgi, pūrbānirdhārīta jēnēṭika baiśiṣṭya, sāmārika padamaryādā, pāribārika sahinatāra śikārēra abasthā ēbam̄/athabā pratiśōdhēra bhittitē baiṣamyamūlaka ācaraṇa karē nā.

Āpani yadi biśbāsa karēna yē NY State of Health āpanāra sāthē baiṣamyamūlaka ācaraṇa karēchē tāhalē āpani ullēkhita ṭhikānāya giyē ēkaṭi abhiyōga dāyēra karatē pārābēna:

**[www.health.ny.gov/regulations/discrimination  
complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination/complaints/)** bā Diversity Management Office-ē imē'ila karatē pārēna ēkhānē **[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)**.

Ēchārā'ō āpani ilēkṭranika mādhyamē U.S. Department of Health and Human Services ē Office for Civil Rights-ē abhiyōga dākhila karatē pārēna ē'i ṭhikānāya

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> bā  
ḍākayōgē ciṭhi pāṭhātē pārēna bā phōna karatē pārābēna  
ē'i ṭhikānāya U.S. Department of Health and Human  
Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F,  
HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019  
(TTY: 1-800-537-7697). Abhiyōga jānānōra pharama  
pā'ōyā yābē ēkhānē  
[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## Sahāyatāsamūha

---

NY State of Health pratibandhī byaktidērakē āmādēra  
sāthē kāryakarabhābē yōgāyōga karāra jan'ya bināmūlyē  
sahāyatā ēbam bibhinna sēbā pradāna karē, yēmana:

- Ni'u iyarka rilē sārbbhisēra mādhyamē TTY
- Āpani yadi andha athabā gurutara drṣṭi pratibandhī hayē  
thākēna ēbam nōṭīsa athabā bikalpa upāyē likhita  
sāmagrīra (bara haraphē mudraṇa, aḍi'ō athabā ḍēṭā  
siḍi bā brē'ila) darakāra haṇa, tabē yōgāyōga karuna  
1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

NY State of Health yē sakala byaktira pradhāna bhāṣā  
inrēji naṇa tādērakē bhāṣāgata sahāyatā pradāna karē,  
yēmana:

- Yōgyatāsampanna dōbhāṣī
- An'yān'ya bhāṣāya likhita tathya

Āpanāra yadi ē'i sakala sahāyatāra prayōjana haya bā  
yuktisaṅgata ābāsana samparkē āra'ō tathyēra prayōjana  
haya, tāhalē kala karuna 1-855-355-5777 (TTY:  
1-800-662-1220).

## **Getting Help in a Language Other than English**

---

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775

Albany, NY 12211

P.O Box 11775  
Albany, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]





可在有问题或需要面对面帮助时联系我们：

**1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**

**nystateofhealth.ny.gov**

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

2025年12月02日

[Redacted]

**一直有承保！  
今天就完成医疗承保续期！**

这时，您和/或您的家庭成员应通过 NY State of Health — 官方医疗保险交易市场来为您的医疗保险承保续保。本信函包含有关您的医疗保险承保续保的重要信息。

请务必于2025年12月16日至2026年01月15日期间更新您的

NY State of Health 申请。登录

**[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)**

以便在您当前医疗保险承保结束之前完成续保。

**必须为以下个人采取行动，以续期其医疗承保：**

---

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

**所需的行动：**

---

根据联邦和州数据来源的信息，我们无法确定您是否有资格获得财务援助以帮助您支付医疗保险费用。

请于 **2026年01月15日** 之前更新您 NY State of Health 账户上的信息，以便我们可以做出恰当的决定。

**注：若您错过了截止日期，您有可能会面临失去您的医疗保险的风险，且如果适用的话，您也可能面临失去财务援助的风险。请注意，您可能有资格在 NY State of Health 全额购买医疗计划。请查看本通知中“如何且何时对您的账户或承保进行更改”这一部分。**

## **通过 NY State of Health 找到医疗保险承保信息**

---

如要寻找关于医疗保险的有用信息，包括其如何作用、如何使用、如何寻找医生及保险条款的意义，请前往：

**<http://info.nystateofhealth.ny.gov/UsingYourInsurance>**

。

## **如何且何时对您的账户或承保进行更改**

---

请遵循以下各步 –

若 ... NY State of Health

已要求您通过更新一些信息来完成续保流程（例如选择一个健康计划或更新您申请书中的信息）；

若 ...

您的生活发生了任何会影响您医疗保险承保或财务援助的变化；

若 ...

您加入某一计划并想要看看您是否有其他的保险选择。

**第 1 步。 前往 [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)**

并登录您的账户。

或者

联系领航员或经认证的申请协助者。这些社区组织和健康计划中的个人经过训练，能够帮助

您了解自己的医疗保险选择并加入保险。

如果您已经加入一个计划，也可以致电您的健康计划获取帮助。

**第 2 步。** 为您和/或您的家庭成员做出更改。您需要在 **2025年12月16日 至 2026年01月15日** 期间做出更改，以便于 **2026年02月01日** 查看符合资格的计划。

以下是您或您家庭成员生活中的可能会影响您选择再次加入的保险、承保人员或支付费用的一些事件。告知我们是否：

- 您搬家
- 收入出现变化（仅在您获得财务援助时）
- 您可参与或加入 New York State Health Insurance Program (NYSHIP)
- 通过工作获得的医疗保险资格出现变化
- 由于工作变更带来的医疗保险费用
- 家庭出现变化。例如，您结婚/离婚、怀孕、或生小孩；  
收养儿童或有孩子因领养和您住在一起；

- 您变得有资格获取其他医疗保险
- 全日制学生身份发生变化（如果适用于申请成员）
- 移民身份发生变化
- 您改变了打算报税的方式。例如，您将声明新的受扶养人（仅在您获得财务援助时）

**如果您未在 30**

**日内报告变化并且这些变化影响到您获取政府帮助支付保险费用的资格，则您可能需要偿还您所收到的部分或全部津贴。**

## **当您更改您的账户后会发生什么**

---

**您将收到 NY State of Health**

**发来的通知，其中包含有关您将获取的新的医疗保险承保和任何财务援助的信息。**

## **法律参考：**

---

**下方列出了具体的法律和政府法规，这些法律和法规赋予**

NY State of Health 权力并制定了相关规则，根据这些规则，我们可以向纽约州居民提供负担得起的医疗保险。

根据《社会服务法》366-a(5)(a)，NY State of Health 在收到并确认新信息时必须以年度为基准或在赔付期间重新确定登记者的资格。

## 支持无纸化

---

选择无纸化，轻松管理您的账户。通过选择无纸化，您的所有重要通知均将在一个安全的地方，您也可随时在线阅读通知。我们将在您的 NY State of Health 账户上有新通知可供阅读时给您发送电子邮件通知。您必须登录账户才可浏览通知。

我们不会在该电子邮件中包含任何隐私或保密信息。

如果您希望选择无纸化，登录您的账户后单击“Edit Account Information（编辑账户信息）”。在“Communication

Preferences (通信偏好) ”栏下选择“Paperless (无纸化) ”，以在有新通知发布到您的 NY State of Health 账户时收到电子邮件通知。您可随时更改此选择。

您账户中的地址保持准确非常重要。确保 NY State of Health 拥有您当前的邮寄和居住地址。如果我们没有您的当前地址，则您或家庭成员的承保可能受到影响。

## **《医疗保险流通与责任法案》 ( HIPAA)**

---

纽约州致力于保护您的隐私。如要了解关于 NY State of Health 隐私惯例的更多内容，请前往 [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) 或致电客户服务部 1-855-355-5777 (TTY : 1-800-662-1220)。

## **非歧视政策通知**

---

NY State of Health 会遵守适用的联邦民权法律和纽约州法律，并且不会因种族、肤色、原国籍、教义/宗教、

性别、年龄、婚姻/家庭状态、残疾、与妊娠相关的健康疾病、逮捕记录、刑事定罪、性别认同、性取向、倾向性遗传特征、兵役状况、家庭暴力受害者身份和/或报复情况而歧视对待任何人。

如果您认为 NY State of Health

有歧视对待您，您可提交投诉，详情请访问：

**[www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)**, 或发送电子邮件至 **[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)** 联系 Diversity Management Office。

您还可访问

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>**,

以电子形式向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

提交民权投诉，或是通过邮寄或电话方式联系 U.S.

Department of Health and Human Services, 联络方式为

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH

Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY :

1-800-537-7697)。投诉表的下载链接：

[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)。

## 特殊照顾

---

### NY State of Health

为残疾人士提供免费援助和服务，使其能与我们有效沟通，这包括：

- 通过 New York Relay Service（纽约州中继服务）拨打 TTY
- 如果您是一位盲人或有严重的视力障碍，需要获得其他格式（字号较大的打印版本、音频或数据 CD、盲文）的通知或其他书面材料，请拨打 1-855-355-5777 (TTY : 1-800-662-1220)。

### NY State of Health

还为主要语言不是英语的人士提供免费的语言援助服务，例如：

- 合格的译员
- 其他语言的书面信息

如果您需要这些服务，或者希望了解更多有关合理特殊照顾的信息，请拨打 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)。

您可获得以英语或其他语言阅读此通知的帮助，或者获得此通知的其他格式。拨打 1-855-355-5777 联系我们 (TTY: 1-800-662-1220)

## 登记投票

---

如果您没有在您的现居住地做选民登记，且想要登记，您可以这样做：

- 在线前往纽约州 DMV 选民登记页面  
**<http://dmv.ny.gov/more-info/electronic-voter-registration-application>。**
- 将填妥的纽约州机构选民登记表随附于本通知，一并寄回给我们。

## 重要须知：

- 申请登记或拒绝登记投票将不会影响您的资格或 NY State of Health 将为您提供的援助。
- 如果您需要帮助填写选民登记申请表或要求一份纸质选民登记申请表，我们将为您提供帮助。想要获取帮助，请致电客户服务部，电话为 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)。是否寻求帮助或接受帮助的决定在于您。您可能需要亲自填写申请表。
- 如果您认为有人干涉您的以下权利：登记或拒绝登记投票权利、您决定是否登记或申请登记投票的隐私权、选择您自己的政党或其他政治倾向的权利，您可以选择通过以下方式投诉：

NYS Board of Elections  
40 North Pearl St. Suite 5  
Albany, NY 12207-2729  
电话：1-800-469-6872;

TDD/TTY 用户请致电 711 联系 New York State Relay ；

或访问网站- [www.elections.ny.gov/](http://www.elections.ny.gov/)

## 紐約州以機構為基礎的選民登記表

「如果您尚未在目前居住地區登記投票，您是否希望今日在此處申請登記？」

- 是 如果您勾選是，請填寫以下選民登記申請表
- 否，因為本人決定不登記，或
- 本人已在目前居住地區登記 或
- 本人已索取並收到郵寄登記表

何一項，則被視 如果您不勾選任 為已決定這次不 登記投票。

簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

請以正楷填寫姓名 \_\_\_\_\_

### 重要資訊！

---

不論是否登記投票都不會影響本機構為您提供的補助金額。

如果您需要幫忙填寫選民登記申請表，我們很樂意協助您。您可以全權決定 是否要尋求或接受協助。您也可以私下填寫申請表。

Información en español: si le interesa obtener este

formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料：若您有興趣索取中文資料表格，請電：  
1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683  
으로 전화 하십시오.

## **選民登記申請表（說明請參閱背面）**

---

**請以藍色或黑色墨水填寫或打印**

- 是，我需要申請缺席投票
- 是，我希望擔任選舉日當天的工作人員

**1. 您是否為美國公民？**

- 是
- 否

若回答否，請勿填寫本表

**2. A) 您在選舉日當天或之前是否已年滿 18 歲？**

是

否

**B) 您是否至少年滿 16 歲，且瞭解您必須在選舉日當天或之前年滿 18 歲才能投票，除非您在選舉之前年滿十八歲，否則您的登記狀態會標記為「待定」，且無法在任何選舉中投票？**

是

否

**如果您對之前的兩個問題都回答否，您將無法登記投票。**

### **For Board Use Only**

**3. 姓氏** \_\_\_\_\_

**名字** \_\_\_\_\_

**中間名首字母縮寫** \_\_\_\_\_

**後置稱謂** \_\_\_\_\_

**4. 現居地址（請勿填寫郵政信箱）** \_\_\_\_\_

公寓號碼 \_\_\_\_\_

市/鎮/村 \_\_\_\_\_

郵遞區號 \_\_\_\_\_

郡 \_\_\_\_\_

**5. 收件地址（若與上列不同）** \_\_\_\_\_

郵政信箱、偏遠地區專人投遞路線等等 \_\_\_\_\_

郵局 \_\_\_\_\_

郵遞區號 \_\_\_\_\_

**6. 出生日期** \_\_\_\_\_

**7. 性別（選填）** \_\_\_\_\_

**8. 電話（選填）** \_\_\_\_\_

電子郵件（選填） \_\_\_\_\_

**9. 身分證件號碼（請勾選適合的方塊並填寫號碼）**

紐約州 DMV 號碼 \_\_\_\_\_

社會安全號碼的最後四位數字 \_\_\_\_\_

本人沒有紐約州 DMV 或社會安全號碼

**10. 上次投票的年份** \_\_\_\_\_

當時的地址為（請提供門牌號碼、街道及城市名）

\_\_\_\_\_

所在郡/州 \_\_\_\_\_

當時使用的姓名（若與目前姓名不同）

**11. 政黨**

**本人希望加入政黨**

民主黨

共和黨

保守黨

勞動家庭黨

其他 \_\_\_\_\_

**我不想登記加入任何政黨，希望成為獨立選民**

無政黨

**12. 宣誓書：本人發誓或證明**

- 本人是美國公民。
- 在選舉日之前，本人居住於本郡、市或村的時間至少已滿 30 天。
- 本人將符合在紐約州登記投票的所有要求。
- 以下橫線處簽名或畫押者為本人無誤。
- 上述資訊全部屬實，本人瞭解，如所言不實將遭定罪並處以最高 5,000 美元的罰款和/或 4 年以下監禁。

---

簽名或畫押

日期

---

**(選填) 登記捐贈您的身體器官和組織**

---

姓氏 \_\_\_\_\_

名字 \_\_\_\_\_

中間名首字母縮寫 \_\_\_\_\_

後置稱謂 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

公寓號碼 \_\_\_\_\_

市/鎮/村 \_\_\_\_\_

郵遞區號 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_

性別  男  女

眼睛顏色 \_\_\_\_\_

身高 \_\_\_\_\_ 呎 \_\_\_\_\_ 吋

電子郵件 \_\_\_\_\_

DMV 或 ID NYC 號碼 \_\_\_\_\_

**在下面簽名，即表示您已經：**

- 年滿 16 歲（含）
- 同意捐贈您的所有身體器官和組織以供移植、研究或兩者之用；
- 授權選舉委員會向紐約州器官捐贈登記中心 (NYS Donate Life Registry) 提供您的姓名和個人身分資訊以利登記；
- 授權登記中心於您過世後向符合聯邦監管之器官獲取組織、紐約州授權的身體組織與眼庫及紐約州衛生署署長核准的其他醫院開放此資訊。

簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

## 登記資格

---

此表格可用於：

- 在紐約州登記投票；
- 變更姓名和 / 或地址（如果這些資訊在您上次投票之後有所變更）；
- 加入政黨或變更登記；
- 預先登記投票（如果您是 16 或 17 歲）。

您必須符合以下條件才能登記：

- 是美國公民；
- 年滿 18 歲（您可以在 16 或 17 歲時預先登記，但在 18 歲前無法投票）；
- 在選舉當日之前居住於該郡或紐約市至少 30 天以上；
- 未因重罪入獄；
- 未在其他地方主張投票權；且
- 未被法院認定無行為能力。

## 重要資訊！

---

若您認為自己登記或拒絕登記投票的權利、決定是否登記或

申請登記投票的隱私權，或是自行選擇政黨或其他政治偏好的權利遭到他人干擾，您可向下列單位投訴：

NYS Board of Elections  
40 North Pearl St, Suite 5  
Albany, NY 12207-2729  
電話：1-800-469-6872；

TDD/TTY 聽障用戶請致電紐約州總機 711；

或造訪網站 - [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

您的登記決定屬保密資訊，僅會用於選民登記。未選擇登記投票者和/或與申請人將申請表繳交至哪一個辦公室相關的資訊皆屬保密資訊，僅會用於選民登記。

## 查證身分

---

我們會盡可能在選舉日之前，根據您在第 9 欄中填寫的 DMV 號碼（駕照號碼或非駕照之身分證件號碼）或社會安全號碼的最後四位數字，查證您的身分。

若您沒有 DMV 號碼或社會安全號碼，可以使用仍在效期內且附照片的身分證件、近期的公用事業帳單、銀行對帳單、薪資支票、政府支票或有註明您的姓名和地址的其他政府文件。您可以隨本表交付以上任何一種身分證件的影本。

如果我們無法在選舉日前查驗您的身分，便會在您第一次投票時要求您出示證件。

### **填表說明：**

---

**虛假登記或是向選舉委員會提供虛假資訊係屬犯罪行為。**

第 9 欄：您必須選擇一項。如有疑問，請參閱上述「查證身分」部分。

第 10 欄：如果您之前未曾投過票，請填寫「無」。如果您不記得自己上一次投票的時間，請填寫問號 (?)。如果您上一次投票時使用的是不同的姓名，請填寫當時使用的姓名。若否，請填寫「相同」。

第 11 欄：只能勾選一項。加入政黨是選擇性的，但若要在政黨初選中投票，投票人必須加入該政黨，除非黨規另有規定。

您可获得以英语或其他语言阅读此通知的帮助，或者获得此通知的其他格式。拨打 1-855-355-5777 联系我们 (TTY: 1-800-662-1220)

## **Getting Help in a Language Other than English**

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775

Albany, NY 12211

P.O Box 11775  
Albany, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



Kōnō praśna thākalē bā sarāsari sahāyatāra jan'ya  
āmādēra saṅgē yōgāyōga karuna:

**1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**

**[nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov)**

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

## **NY State of Health ēra mādhyamē āpanāra yōgyatā samparkē gurutbapūrṇa bijñapt**

- **Āpanāra ayākā'unṭa analā'inē paricālanā karāra  
jan'ya gurutbapūrṇa padakṣēpa nina.**

Āpanāra NY State of Health analā'ina ayākā'unṭē āpanāra  
ēbam āpanāra paribārēra sadasyadēra samparkē  
gurutbapūrṇa tathya rayēchē. Āpanāra analā'ina

ayākā'unṭa sēṭa āpa karē, āpani yēkōnō samayā nijē'i ābēdana āpaḍēṭa karatē pārābēna. Āpani yakhana'i cāna, āpanāra nōṭīsa saha, āpanāra tathya ṭryāka karatē pārēna.

**Āpanāra analā'ina ayākā'unṭa sēṭa āpa karatē,**  
**www.nystateofhealth.ny.gov** ē yāna, **āja'i ābēdana**  
**karuna ē klika karuna.** Tārapara, yadi āpanāra  
itimadhyē'i **NY.gov** ā'iḍi thākē tāhalē **sā'ina ina karuna** ē  
klika karuna, athabā yadi āpani ēkajana natuna  
byabahārakārī hana **tāhalē ayākā'unṭa** nibandhana  
karuna ē klika karuna. Laga ina karāra para, āpanāra  
byaktigata tathya niścita karatē ēbaṁ āpanāra ayākā'unṭa  
sēṭa āpa sampanna karatē - [REDACTED] - ē'i  
**āmantraṇa kōḍaṭi** likhuna.

[REDACTED]

[REDACTED]

**Āpani NY State of Health ēra mādhyamē sbāsthya**  
**bimāra yōgya nana.**

**Āmarā kibhābē āmādēra sid'dhānta niyēchi**

---

Āpanāra yōgyatāśarta nirdhāraṇa karatē āpanāra

paribārēra ākāra, rōjagāra ēbam darakhāstē thākā  
an'yān'ya tathya ō sṭēṭa ēbam phēḍārēla sōrsēra tathya 04  
akṭōbara 2025 tārikhē NY State of Health parīkṣā karēchē.

Āpanāra yadi manē haṃa āmarā bhula karēchi, sāthē  
sāthē āmādēra sāthē yōgāyōga karuna ē'i nambarē  
**1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).**

[REDACTED]

[REDACTED]

Āpani NY State of Health ēra mādhyamē sbāsthya bimāra  
yōgya nana kāraṇa:

- ▶ Āmarā jānatē pērēchi yē ē'i byakti mṛta. Āmādēra  
rēkarḍa saṭhika nā halē, āmādēra sāthē sarāsari  
yōgāyōga karuna.

## **Ā'ini tathyasūtra**

---

Nicēra tālikāguli nirdiṣṭa ā'ina ēbam sarakāri prabidhāna  
yā NY State of Health-kē anumōdana dēya ēbam yāra  
adhīnē āmarā ni'u iyarka sṭēṭēra bāsindādēra sāsrayī  
mūlyēra sbāsthya bimā subidhā aphāra karatē pāri.

Nimnōkta niyamēra bhittitē āmarā āmādēra sid'dhānta

grahaṇa karēchi:

- Kōḍa aba phēḍārēla rēgulēśanasa: 42 CFR § 600.305(a); 45 CFR § 155.305; 45 CFR § 155.305(a)(3); 45 CFR § 155.305(c); 45 CFR § 155.305(e); 45 CFR § 155.305(f); 45 CFR § 155.330; 45 CFR § 155.330(d)(1)(i); ēbam 45 CFR § 155.330(e)(2)
- Ni'u iḃarka pābalika hēlatha la: § 2510(4)
- Ni'u iḃarka sōśyāla sārbbhisa la: § 366(1)(d)(1); ēbam § 369-ii

## **Paribartanaguli abaśya'i āpanāra ripōrṭa karā ucita**

---

Parēra bacharē āpanākē abaśya'i NY State of Health-kē ēmana kōnō paribartana samparkē balā ucita yā ē'i jāṭīya paribartanēra 30 dinēra madhyē hēlatha insurēnsē tālikābhuktira jan'ya āpanāra yōgyatākē prabhābita tulabē. Āmādērakē balā darakāra yadi:

- Āpanāra āya paribartana haḃa (śudhumātra āpani ārthika sahāyatā pēlē);
- Āpani ni'u iḃarka sṭēṭa hēlatha insurēnsa prōgrāmē (NYSHIP) ayāksēsa pētē cāna bā tālikābhukta hatē cāna;
- Cākarira yēkōnō paribartanēra kāraṇē hēlatha insurēnsēra jan'ya āpanāra yōgyatā;
- Cākarira yēkōnō paribartanēra kāraṇē āpanāra hēlatha

insurēnsēra primiyāmēra byaya;

- Āpani an'yān'ya hēlatha insurēnsēra jan'ya nirbācita hayē thākalē;
- Āpani bēṛiyē yētē cā'ilē;
- Abhibāsana abasthāya paribartana hayē thākalē;
- Āpanāra paribārēra paribartana hayē thākalē.  
Udāharaṇasbarūpa, āpani bibāha karēchēna/bibāhabicchēda ghaṭēchē, garbhabatī hayēchēna bā santāna janmēchē; ēkaṭi śisūkē dattaka niyēchēna bā ēkaṭi śisūkē dattaka nē'ōyāra jan'ya āpanāra sāthē rākhā hayēchē;
- Pūrṇa-kālīna śikṣārthīra abasthāya paribartana hayēchē (yadi ābēdanakārīdēra kṣētrē prayōjya haya);
- Āpani yēbhābē āpanāra ṭyāksasamūha phā'ila karāra parikalpanā karachēna tā paribartana karē thākēna.  
Udāharaṇasbarūpa, āpani natuna nirbharaśīladēra dābi karabēna (kēbalamātra yadi āpani ārthika sahāyatā pāna).

Yadi āpani 30 dinēra madhyē paribartanaguli ripōṛṭa nā karēna ēbaṁ sēguli insurēnsa saṅkrānta byaya nirbāhē sarakāri sahāyatā pā'ōyāra yōgyatākē prabhābita karabē ēbaṁ āpani yē samasta bhartuki pēyēchilēna sēguli āpanākē kichu bā purōṭā'i phiriyē ditē hatē pārē.

Āpani [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) ē āpanāra

ayākā'unṭē laga ina karuna athabā āmādērakē yēkōnō  
paribartana samparkē jānātē yōgāyōga karuna.

## **Yēbhābē NY STATE OF HEALTH ēra kāchē paribartanaguli ripōrṭa karabēna**

---

Ē'i nōṭīsa samparkē āpanāra yadi kōnō praśna thākē tabē  
āmādēra sāthē yōgāyōga karuna. Yadi āpanāra hēlatha  
insurēnsa kabhārējēra jan'ya ābēdana karā bā ayāksēsa  
karatē āpanāra sahāyatāra prayōjana haṃa tabē āmādēra  
jānāna.

Āmādēra kala karuna:

**1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**

Ḍākayōgē:

**NY State of Health**

**PO Box 11729**

**Albany, NY 12211**

## **Yadi āpani manē karēna āmarā kōnō bhula karēchi**

---

Āmarā āpanāra yōgyatā samparkē kōnō bhula karēchi  
balē āpanāra manē halē āpani āpanāra udbēga samparkē

ālōcanā karatē phōna karatē pārēna. NY State of Health-ē  
kala karuna 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Kōnō sid'dhāntēra birud'dhē āpani āpīla karatē pārēna:

- Ē'i sid'dhānta yē, āpani NY State of Health ēra  
mādhyamē āpanāra bā āpanāra paribārēra jan'ya ēkaṭi  
sbāsthyēra plyāna kēnāra śarta āpani pūraṇa karēna  
nā. Udāharaṇa: Āpani ni'u iyarka sṭēṭē basabāsa karēna  
nā bā āpani kārāgārē bandī;
- Yē hēlatha plyāna āpani kraṇa karāra jan'ya sāhāyya  
cā'ichēna, tāra śarta āpani pūraṇa karēna nā;
- āpani ārthika sāhāyyēra ābēdana karē thākalē āpanākē  
abaśya'i kī parimāṇē māsika primiyāma pradāna karatē  
habē;
- Medicaid, Essential Plan (gurutbapūrṇa parikalpanā) bā  
Child Health Plus adhīnē kabhārējēra jan'ya āpani  
śartābalī pūraṇa karēna nā;
- Āpanāra santānērā Child Health Plus kabhārējēra yōgya  
halē tāra ā'ōtāra jan'ya āpanāra kī parimāṇa artha  
pradāna karā ābaśyaka.
- Āpanāra santānērā Essential Plan (gurutbapūrṇa  
parikalpanā) kabhārējēra yōgya halē tāra ā'ōtāra jan'ya  
āpanāra kī parimāṇa artha pradāna karā ābaśyaka.
- "Unmukta tālikābhukti" bā "biśēṣa tālikābhuktira samaṇa"  
NY State of Health ēra mādhyamē bimāra jan'ya sā'ina  
āpa karāra niyamābalī pūraṇa karēna nā;

- NY State of Health ēra mādhyamē bilambita.  
Udāharaṇa: Nirdhārita 45 dinēra madhyē Medicaid kabhārējēra jan'ya āpani śarta pūraṇa karēna ki nā, sē'i saṅkrānta nōṭīśa āpani pānani.

NY State of Health ēra ēkaṭi kō'arḍinēṭēḍa āpīla prakriyā rayēchē, yāra mānē ēṭira āpīla i'uniṭa uparōkta samasta samasyāra śunāni karabē. NY State of Health ēra āpīlēra prāthamika prakriyā ēbam primiyāma ṭyākṣa krēḍiṭa, kharaca-śēyāri hrāsa, kōyālipḥāyēḍa hēlatha plyāna ēbam ēnarōlamēnṭa piriyaḍēra biśada 45 kōḍa aba phēḍārēla rēgulēśanasa (CFR) pārṭa 155, sābapārṭa F-tē dēkhā yābē. Ēchārā Medicaid n'yāyya śunānira ā'ina 42 CFR pārṭa 431, sābapārṭa E-tē ēbam Child Health Plus ēra niyamābalī 42 CFR § 457.348(b)-tē dēkhā yābē. Essential Plan (gurutbapūrṇa parikalpanā) āpīlēra jan'ya 45 CFR pārṭa 155, sābapārṭa F-tē ullēkhita prakriyā ēbam niyamābalī anusaraṇa karē NY State of Health; yadi'ō ābēdanakārīgaṇa phēḍārēla ḍipārṭamēnṭa aba hēlatha ayānḍa hi'umyāna sārbbhisēra kāchē tādēra Essential Plan (gurutbapūrṇa parikalpanā) yōgyatāśartēra āpīla karatē pārēna nā.

## **Kibhābē ēkaṭi āpīla ēbam atirikta tathya anurōdha karabēna**

---

Āpanāra yōgyatā samparkē āmarā yē sid'dhānta niyēchi tāra paryālōcanā ēbam paribartana karāra jan'ya NY State of Health ēra kāchē āpanāra anurōdhaṭi ēkaṭi āpīla.

### **Kibhābē ō kakhana ēkaṭi āpīla karā yāya**

Āpīlēra ābēdana karāra jan'ya āpani ē'i nōṭisēra tārikha thēkē 60 kyālēndāra dibasa pābēna. NY State of Health thēkē āpani ēkaṭi ciṭhi pābēna yē āmarā āpanāra anurōdha pēyēchi. Āmarā āpanākē āpanāra ābēdana śunānira tārikha ēbam samaya balāra ēkaṭi ciṭhi pāṭhābō.

### **Kabhārēja cālu rākhatē balā**

Āpanāra yadi kabhārēja thākē, tāhalē āpīla prakriyā calākālīna āpani ēṭi cālu rākhatē balatē pārēna. Āpani yakhana āpīlēra jan'ya anurōdha karēna takhana āpanākē abaśya'i ēṭira jan'ya jijñāsā karatē habē. Ēra artha halō āpanāra āpīlēra byāpārē sid'dhānta nā ha'ōyā paryanta āpanāra bartamāna bimā prōgrāma abyāhata thākabē. Yadi āpanāra Medicaid kabhārēja thākē, tabē āmarā ē'i nōṭisēra tārikha thēkē 10 dinēra madhyē bā ē'i nōṭisē tālikābhukta yōgyatāra kāryakara tārikhēra āgē yā parē tā cāliyē yā'ōyāra jan'ya anurōdha karāra jan'ya āmarā āpanāra kābhārēja cāliyē yāba.

## **Āpīlēra śunāni**

Śunāni halō āpani kēna NY State of Health ēra sid'dhāntēra sāthē asam'mata tā jānānōra suyōga. Ēkajana śunāni karmakartā āpanāra āpīla samparkē ēkaṭi sid'dhānta nēbē. Śunāni karmakartā kōnō pakṣa nēbēna nā ēbam āpanāra bā NY State of Health ēra pakṣa samarthana karabēna nā. Karmakartā phōnēra mādhyamē śunāni paricālanā karabēna. Śunānira āgē, calākālīna ēbam parē kī karatē habē tāra bistārita ēkhānē.

## **Śunānira āgē**

NY State of Health ēra yē nathiguli āpanāra upayuktatāra byāpārē sid'dhānta nē'ōyāra jan'ya byabahrta hayēchila sēgulō dēkhē nina. Āpani āmādēra kāchē ēmana tathya pāṭhātē pārēna yā āmādērakē āpanāra ābēdana bujhatē sāhāyya karabē.

Āpani āpīlēra ābēdana karabēna ki nā sē'i sid'dhānta nitē sahāyatāra jan'ya bā āpanāra āpīla śunānira jan'ya prasutata hatē sahāyatāra jan'ya prayōjanīya sunirdiṣṭa nītimālāra upakaraṇēra jan'ya ābēdana karatē pārābēna. Āmarā ēkaṭi anānuṣṭhānika birōdha niṣpatti prakriyāra mādhyamē āpanāra samasyāra samādhāna karāra cēṣṭā karatē pāri.

## Śunāni calākālīna

Āpani cā'ilē āpanāra ṭeliphōna śunāni calākālīna samayē āpanāra sāthē kā'ukē rākhatē pārēna. Sē'i byakti āpanāra banudha, ātmīya, ā'inajībī bā an'ya kōnō byakti hatē pārēna. Athabā āpani āpanāra nijēra śunānitē anśagrahaṇa karatē pārēna.

## Śunānira parē

Āpīlēra phalāphala āpanāra ayākā'unṭē thākā an'ya kōnō byaktira yōgyatā paribartana karatē parē, ēmanaki tārā āpīla nā karatē cā'ilē'ō sēṭā hatē parē.

Yadi āpanāra pakṣē samādhāna nā haṃya, tabē āpīla prakriyā calākālīna āpani yē sbāsthya kābhārēja byabahāra karēchilēna sē'i byayēra jan'ya āpani dāyī hatē pārēna. Āpīla āpanāra pakṣa thēkē samādhāna nā karā halē āpanākē kī karatē habē tāra kichu udāharaṇa ēkhānē dē'ōyā hayēchē:

- Āpīla nirdhārita ha'ōyāra samaya yadi āpani Medicaid ēra mādhyamē kabhārēja pēyē thākēna tāhalē āpanākē āpanāra prāpta Medicaid subidhāgulira kharaca phērata ditē hatē parē.
- Ābēdanaṭi nirdhārita ha'ōyāra samaya āpani yadi Essential Plan (gurutbapūrṇa parikalpanā) bā Child Health Plus ē tālikābhukta hana ēbaṃ āpanāra yadi

primiyāma thākē tabē āpanākē āpanāra primiyāmaṭi phērata ditē hatē pārē.

- Āpanāra ābēdanaṭi pā'ōyā yāya yē āpani ṭyāksa krēḍiṭagulira jan'ya yōgya nana tabē āpanāra phēḍārēla ṭyāksa riṭārna dākhila karāra samaya IRS āpanāra ṭyāksa krēḍiṭaguli sanyukta karabē, yāra phalē karēra śāsti hatē pārē.

## **Kibhābē ēkaṭi āpīla ēbam ārō tathya anurōdha karabēna**

---

Ē'i nōṭīśa samparkē āpanāra kōnō praśna thākalē āmādēra sāthē yōgāyōga karuna. Āpanāra sbāsthya bimā kabhārējēra jan'ya ābēdana bā ayāksēsa karāra jan'ya āpanāra sahāyatā prayōjana halē āmādēra jānāna.

Āmādēra kala karuna:

**1-855-355-5777**

**(TTY: 1-800-662-1220)**

Āpanāra uttara āmādēra phyāksa karuna:

**1-855-900-5557**

'arsal talabak eabr albarid ealaa aleunwani:

**NY State of Health  
PO Box 11729  
Albany, NY 12211**

## **An'ya gurutbapūrṇa tathya**

### **Mahilā, nabajātaka ēbam śisūdēra jan'yē biśēṣa paripūraka puṣṭi kāryakrama (WIC)**

---

Āpani ki garbhabatī? Āpani ki sadya mā hayēchēna?  
Āpanāra ki (5 bachara) bā tāra kama bayēsēra santāna  
rayēchē?

WIC āpanākē āpanāra paribārakē sāhāyya karāra  
byāpārē sāhāyya karatē pārē. WIC binā kharacē ni'u  
iyarkēra paribāragulikē sbāsthyakara khādya, puṣṭi ō  
sbāsthya śikṣā, stan'yadānē samarthana ēbam sbāsthya ō  
sāmājika pariṣēbāra kāchē prēraṇa pradāna karē.

Nikaṣastha WIC klinikēra abasthānēra jan'ya  
1-800-522-5006 nambarē phōna karuna. Atirikta WIC  
kāryakramēra tathya ēkhānē pā'ōyā yābē:  
**[www.health.ny.gov/prevention/nutrition/wic/](http://www.health.ny.gov/prevention/nutrition/wic/)**

## Kāgajabihīna ha'una

---

Kāgajabihīna ē giyē āpanāra ayākā'unṭaṭi sahaḡē paricālanā karuna. Kāgajabihīna ē gēlē, āpanāra samasta bijñaptiguli ēkaṭi nirāpada jāyagāya thākabē ēbam yēkōnō samaḡa analā'inē āpani āpanāra bijñaptiguli paṛatē pārabēna. Āpanāra NY State of Health ayākā'unṭē paṛāra matō kōnō natuna bijñapti pēlē sāthē sāthē āmarā āpanākē ēkaṭi imē'ila sartakatā pāṭhābō. Āpanāra bijñaptiguli dēkhatē āpanākē abaśya'i āpanāra ayākā'unṭē laga ina karatē habē. Āmarā kōnō byaktigata bā gōpanīya tathya imē'ilē sanyukta karabō nā.

Āpani kāgajabihīna ē yētē cā'ilē, āpanāra ayākā'unṭē laga ina karuna ēbam "Edit Account Information" (ayākā'unṭēra tathya sampādanā karuna)-ēra upara klika karuna. Āpanāra NY State of Health ayākā'unṭē kōnō natuna bijñapti pōṣṭa karā halē tāra imē'ila sartakatā pētē "Communication Preferences (yōgāyōgēra pachanda)" ēra adhīnē "Paperless" (kāgajabihīna) pachanda karuna. Āpanāra yēkōnō samaḡa ē'i nirbācana paribartana karāra adhikāra āchē.

Āpanāra ayākā'unṭē āpanāra ṭhikānāṭi saṭhika thākāṭā gurutbapūrṇa. NY State of Health-ēra nikaṭa āpanāra bartamāna ḡākayōgēra ēbam ābāsika ṭhikānā āchē ki nā

tā niścita karuna. Āmādēra nikaṭa āpanāra bartamāna  
ṭhikānā nā thākalē āpanāra bā āpanāra paribārēra jan'ya  
thākā kabhārējaṭi prabhābita hatē pārē.

## **Hēlatha insurēnsa pōrṭēbiliṭi ayāṇḍa ayākā'unṭēbiliṭi ayākṭa (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)**

---

Ni'u iyarka sṭēṭa āpanāra gōpanīyatā rakṣāya  
aṅgīkārābad'dha NY State of Health-ēra gōpanīyatā nīti  
samparkē āra'ō jānatē **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)**  
ōyēbasā'iṭē yāna bā **1-855-355-5777 (TTY:  
1-800-662-1220)** Nambarē kāsṭamāra sārbbhisē kala  
karuna.

## **Baiṣamyahīnatā nītira nōṭiśa**

---

NY State of Health prayōjya phēḍārēla nāgarika adhikāra  
ā'ina ēbaṃ sṭēṭa ā'ina mēnē calē ēbaṃ jāti, barṇa, jātiya  
uṭsa, dharmabiśbāsa/dharma, liṅga, bayasa,  
baibāhika/pāribārika abasthā, akṣamatā, garbhābasthā  
samparkita śarta, grēptārēra rēkarḍa, phaujadāri  
aparādha(guli), liṅga paricaṣya, yauna drṣṭibhaṅgi,  
pūrbānirdhārita jēnēṭika baiśiṣṭya, sāmārika padamaryādā,  
pāribārika sahinsatāra śikārēra abasthā ēbaṃ/athabā  
pratiśōdhēra bhittitē baiṣamyamūlaka ācaraṇa karē nā.

Āpani yadi biśbāsa karēna yē NY State of Health āpanāra sāthē baiṣamyamūlaka ācaraṇa karēchē tāhalē āpani ullēkhita ṭhikānāya giyē ēkaṭi abhiyōga dāyēra karatē pārābēna:

**[www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)** bā Diversity Management Office-ē imē'ila karatē pārēna ēkhānē **[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)**.

Ēchārā'ō āpani ilēkṭranika mādhyamē US Department of Health and Human Services ē Office for Civil Rights-ē abhiyōga dākhila karatē pārēna ē'i ṭhikānāya

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>** bā ḍākayōgē ciṭhi pāṭhātē pārēna bā phōna karatē pārābēna ē'i ṭhikānāya US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Abhiyōga jānānōra pharama pā'ōyā yābē ēkhānē

**[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.

## **Sahāyatāsamūha**

---

NY State of Health pratibandhī byaktidērakē āmādēra sāthē kāryakarabhābē yōgāyōga karāra jan'ya bināmūlyē sahāyatā ēbaṁ bibhinna sēbā pradāna karē, yēmana:

- Ni'u iyarka rilē sārbbhisēra mādhyamē TTY

- Āpani yadi andha athabā gurutara dr̥ṣṭi pratibandhī hayē thākēna ēbam̐ nōṭīśa athabā bikalpa upāyē likhita sāmagrīra (bara haraphē mudraṇa, aḍi'ō athabā ḍeṭā siḍi bā brē'ila) darakāra haḡa, tabē yōgāyōga karuna 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

NY State of Health yē sakala byaktira pradhāna bhāṣā inrēji naḡa tādērakē bhāṣāgata sahāyatā pradāna karē, yēmana:

- Yōgyatāsampanna dōbhāṣī
- An'yān'ya bhāṣāya likhita tathya

Āpanāra yadi ē'i sakala sahāyatāra prayōjana haḡa bā yuktisaṅgata ābāsana samparkē āra'ō tathyēra prayōjana haḡa, tāhalē kala karuna 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Inrēji bā an'ya kōnō bhāṣāya ē'i nōṭīśaṭi paṛatē bā an'ya kōnō pharamyāṭē ē'i nōṭīśaṭi pētē āpani sahāyatā pētē pārēna. Āmādēra kala karuna 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)

## **Getting Help in a Language Other than English**

---

This is an important document. If you need help to

understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775  
Albany, NY 12211

P.O Box 11775  
Albany, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



tuasil maeana litarh 'asyilat 'aw lilhusul ealaa musaeadat shakhsiatin:

**1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**

**nystateofhealth.ny.gov**

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

tarikh al'iisheari: **17 nufimbir 2025**

**mulahazat muhimat bishan madaa 'ahlitik lilhusul ealaa almusaeadat min khilal 'iidarat alsihat fi wilayat niuyurk**

► **aitakhadh alkhutwat almuhimat li'iidarat hisabik eabr al'iintirnti.**

yahtafiz hisabuk al'iiliktruniu ealaa NY State of Health maelumat muhimat eank waeen 'afrad 'usratika. bi'insha'

hisabik al'iilikturuni, yumkinuk tahdith talabik binafsik fi 'ayi waqta. wayumkinuk tatabue maelumatik bima yashmal 'iishearatik eindama targhab fi dhalika.

li'insha' hisabik al'iilikturuni, antaqal 'iilaa almawqie al'iilikturunii [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov), wanqar ealaa **APPLY TODAY** (altaqadum bitalab alyawmi). thuma anqur ealaa **SIGN IN** (tasjil aldukhul) 'iidha kan ladayk merrf **NY.gov** bialfiel 'aw **REGISTER ACCOUNT** (tasjil hisabi) 'iidha kunt mstkhdmn jdydan baed tasjil aldukhul 'adkhul ramz **aldaewat hadha** -

[REDACTED] litakid maelumatik alshakhsiat wa'iinha' 'iinsha' hisabika.

[REDACTED]

[REDACTED]

**bd'an min 01 disambir 2025 tusbih muahalan likhutat sihiyat muahalat min khilal NY State of Health.**

'ant ghayr muahal libarnamaj **Essential Plane** (alkhutat al'asasiati) baed **30 nufimbir 2025**.

**al'ijra' allaazimu:**

► akhtar khutatan sihiyatan bihulul **31 yanayir 2026**. lan tabda taghtiatuk alsihiyat hataa takhtar khutatan sihiyatan watadfae qistak al'awala, 'iin kan al'amr muntabiqqa. 'iidha lam tukhtar khutat bihulul 31 yanayir 2026, faqad la tatamakan min aliashtirak fi taghtiat sihiyat hataa fatrat fath bab altasjil altaaliati. satatalaqaqa takydan ktabyan minaa bimujarad tahdidik likhutat sihiyatin.

## **kayf natakhidh qararana**

---

aitalaet NY State of Health ealaa hajm 'usratik wadakhlik walmaelumat al'ukhraa almudrajat fi talabika, walmaelumat alwaridat min masadir albayanat alfidiraliyat walhukumiat fi 16 nufimbir 2025 litahdid 'ahlitiki.

'iidha kunt taetaqid 'anana airtakabna khata, fatuasil maeana ealaa alfawr ealaa alraqm **1-855-355-5777** (**alhatif alnisiyi TTY: 1-800-662-1220**).

████████████████████

████████████████████████████████████████

'ant muahal lishira' khutat sihiyat muahalat bialtaklifat alkamilat li'anak muatin 'amrikiun 'aw hadir bishakl qanuni;

wamuqim fi nyuburki; walast masjuna.

'ant ghayr muahal liliandimam 'iilaa albaramij al'ukhrra  
lil'asbab altaaliati:

- lam tatakhidh alkhutuat allaazimat li'iistikmal altajdid alkhasi bika. laqad 'arsalna 'iilayk 'ishearan yatlab mink tahdith talabik litajdid altaghtiat alsihiyat alkhasat bik bihulul 15 nufimbir 2025 'ant last muahilan lilhusul ealaa khadmat Medicaid 'aw Child Health Plus 'aw Essential Plan alkhutat al'asasiat 'aw alqist almakhsum min aldaribat 'aw takhfidat taqasum altakalif lilmusaeadat fi dafe taklifat altaghtiat li'anak lam tujadid talabak bihulul tarikh aliastihqaqi.

## **almarjie alqanuniu**

---

fima yali qayimat bialqawanin walnuzum alhukumiat almukhasasat alati tamnah alsultat li'iidarat NY State of Health , watuhadid alqawaeid alati yumkinuna bimujibiha taqdim khidmat altaamin alsihiyi lilsukaan almuqimin biwilayat niuyurk New York State.

aitakhadhna qararatina bna'an ealaa hadhih alqawaeidi:

- qanun allawayih alfidraliati: 42 CFR § 600.305(a); 45 CFR § 155.305 ve; 45 CFR § 155.305(e)

- qanun alkhadmat alaijtimaaiat biwilayat niwyurki: § 369  
-ii

## **ealayk al'iiblagh ean altaghyirat**

---

khilal aleam almuqbila, yajib 'an tukhbir NY State of Health ean 'ayi taghyirat min shaniha 'an tuathir fi 'ahliatik liltasjil fi altaamin alsihiyi fi ghudun 30 ywman min hadha altaghyiri. ealayk 'iikhbaruna 'iidha:

- taghayar dakhlak ('iidha kunt tatalaqa musaeabatan maliatan faqut);
- tamakanat min aliantifae bibarnamaj altaamin alsihiyi liwilayat niwyurk (NYSHIP) 'aw altasjil fihi;
- taghayart 'ahlituk liltaamin alsihiyi aladhi tahsul ealayh min wazifatin;
- taghayarat taklifat qist altaamin alsihiyi alkhasi bik ean wazifatin;
- 'asbahat mwhlaan lilhusul ealaa tamin sihiy akhar;
- antaqalt 'iilaa makan akhar;
- hadath taghyir fi halat alhijrati;
- hadathat taghyirat fi 'usratika. ealaa sabil almithali, 'iidha tazawajuta/taliqatu, 'aw asbht hamlaan, 'aw 'anjabat tflaan; 'aw tabanayt tflaan, 'aw awude ladayk tiftl liltabniy;
- hadath taghyir fi halat altaalib bidawam kamil ('iidha kan dhalik yantabiq ealaa 'afraad altalab);
- ghayarat altariqat alati tukhatit wifqaha litaqdim

darayibika. ealaa sabil almithali, sataeil afradan juddan ('iidha kunt tatalaqaqaa musaeادات maliatan faqt).

'iidha lam tablugh ean altaghyirat fi ghudun 30 ywman wa'atharat fi qudratik ealaa alhusul ealaa musaeادات hukumiat bishan takalif altaamini, faqad tudtaru 'iilaa sadad baed al'iieanat alati talaqaytuha 'aw kulaha.

sajil aldukhul 'iilaa hisabik fi [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) 'aw atasal bina li'ikhbarina bi'ayi taghyiratin.

## **kayfiat al'iiblagh ean altaghyirat 'iilaa NY STATE OF HEALTH**

---

aitasil bina 'iidha kanat ladayk 'ayu 'asyilat bishan hadha al'iisheari. 'akhbirna 'iidha kunt bihajat 'iilaa musaeادات bishan altaqadum lilhusul ealaa taghtiat altaamin alsihiyi khasatuk 'aw alwusul 'iilayha.

atasal bina ealaa alraqmi:

**1-855-355-5777**

**(TTY: 1-800-662-1220)**

albarid:

**NY State of Health**

**PO Box 11729**

**Albany, NY 12211**

## **'iidha kunt taetaqid 'anana airtakabna khtaan**

---

'iidha kunt taetaqid 'anana airtakabna khtaan bishan 'ahlitika, yumkinuk alaitisal bina limunaqashat makhawifika. atasal bi NY State of Health ealaa alraqm 1-855-355-5777 (alhatif alnisiyu TTY: 1-800-662-1220).

yumkinuk altaen bishan qararin:

- tama astifayuk qawaeid shira' khutat sihiyat linafsik 'aw lieayilatik min khilal NY State of Health. mithali: la taeish fi wilayat niwyurk 'aw msjwnan;
- la tafi biqawaeid alhusul ealaa musaeadat fi dafe takalif khutat sihiyat targhab fi shirayiha;
- bishan almablagh aladhi yajib 'an tadfaeah muqabil qistik alshahrii 'iidha taqadamat bitalab lilhusul ealaa musaeadat maliatin;
- bishan eadam talbitik liqawaeid altaghtiat bimujib barnamaj Medicaid 'aw khutat Essential Plan (alkhutat al'asasiati) 'aw khutat Child Health Plus:
- bishan miqdar almal aladhi yajib dafeuh litaghtiat Child

Health Plus 'iidha kan 'atfaluk muahalin lihadha albarnamaji;

- bishan miqdar almal aladhi yajib dafeuh litaghtiat Essential Plan (alkhutat al'asasiati) fi halat ta'ahulik 'ant 'aw 'ahad 'afraad 'usratik lihadha albarnamaji;
- eadam talbitik liqawaeid alaishtirak fi altaamin min khilal NY State of Health khilal "altasjil almaftuhi" 'aw "fatrat altasjil alkhasati";
- alta'akhur bisabab NY State of Health. mithali: lam tatalaqa 'ishearan yukhbiruk 'iidha kunt tastawfi qawaeid taghtiat Medicaid fi ghudun fatrat al 45 ywman almatlubati.

tamtalik NY State of Health eamaliatan munasaqatan liltueun alati yatimu taqdimuha; mimaa yaeni 'ana alwahdat almaeniat bialtueun satastamie 'iilaa kafat almushkilat 'aelahu. wayumkin alhusul ealaa aleamaliat aleamat liltueun almuqadamat I NY State of Health waltafasil almutaealiqat bialkhususum aldaribiat almumayazat watakhfidat musharakat altaklifat walkhutat alsihyat almuahalat wafatarat altasjil alwaridat fi qadhun allawayih alfidralia ( CFR ) raqm 45 aljuz' 155, aljuz' alfareii "w", wayumkinuk aydan alwusul 'iilaa qawaeid aliastimae aleadilat alkhasat bibarnamaj Medicaid aydan fi qadhun allawayih alfidralia ( CFR ) raqm 42, aljuz' 431, aljuz' alfareii "hi" waqawaeid Child Health Plus fi qadhun

allawayih alfidralia ( CFR ) raqm 42 alband § 457.348( b ). wafima yakhusu tueun khutat Essential Plan (alkhutat al'asasiati) tatabue NY State of Health al'iijra'at walqawaeid alwaridat fi qadhun allawayih alfidralia ( CFR ) raqm 45 aljuz' 155, aljuz' alfareii "w", wamae dhalika, la yumkin limufdimi altueun taqdim tueun bishan qawaeid al'ahliat alkhasat bikhutat Essential Plan (alkhutat al'asasiati) ladaa wizarat alsihat walkhadamat al'iinsaniat alfidiraliati.

## **kayfiat talab altaen walmaelumat al'iidafia**

---

altaen hu taqdim talabik 'iilaa NY State of Health limurajaeat wataghyir qarar aitakhadhnah bishan 'ahlitika.

### **kayf wamataa tatlub altaen**

ladayk 60 ywman taqwimiana min tarikh hadha al'iikhtar litaqdim talab altaeni. satatalaqaa risalatan min NY State of Health tufid bi'anana talaqayna talabka.

sanursil lak risalatan tukhbiruk bitarikh wawaqt jalsat alaistimae alkhasat bialtaeni.

### **talab aistimrar altaghtiat alkhasat bik**

'iidha kanat ladayk taghtiatun, yumkinuk talab alaihtifaz

biha fi hin tamdi qdman khilal eamaliat altueuni. yajib ealayk talab hadha eindama tatlub tenan. wahadha yaeni 'ana barnamaj taminik alhalii sayastamiru hataa yatima aitikhadh qarar bishan taeniki. 'iidha kanat ladayk taghtiat Medicaid , fasanastamiru fi tawfir altaghtiat lak 'iin talabat dhalik fi ghudun 10 'ayaam bd'an min tarikh hadha al'iikhtar 'aw qabl tarikh sarayan al'ahliat almudraj fi hadha al'iikhtari, 'ayuhuma 'asbaqu.

### **jalsat aliastimae al khasat bialtaen**

jalsat alaistimae hi fursatuk lisharh sabab eadam muafaqatik ealaa qarar. NY State of Health sayatakhidh almuazaf almaeniu bijalsat alaistimae qrran bishan taeniki. lan yan haz almuazaf almaeniu bijalsat alastimae li'ahad al'atraf walan yuayidak 'ant 'aw wilayat niuyurk liisihati. syujry almuazaf almaeniu bijalsat alaistimae ean tariq alhatifi. 'iilayk ma yajib ealayk 'iijrawuh qabl jalsat alaistimae wakhilalaha wabaedaha.

### **qabl jalsat alaistimae**

anzur 'iilaa alwathayiq alati astakhdamatha NY State of Health liaitikhadh qarar bishan 'ahlitiki. yumkinuk 'iirsal maelumat qad tusaeiduna fi fahm altaeni.

yumkinuk talab mawada muhadadat daruriat mutaealiqat

bialsiyasat limusaeadatik fi tahdid ma 'iidha kunt turid talab altaen 'aw limusaeadatik fi altahdr lijsat alaistimae alkhasat bialtaeni. qad naseaa 'iilaa hali mushkilatik min khilal eamaliat hali alnizae ghayr alrasmiati.

### **khilal jalsat alaistimae**

yumkinuk musharakat shakhs maeak khilal jalsat alaistimae eabr alhatif 'iidha kunt targhab fi dhalika. yumkin 'an yakun hadha alshakhs sdyqan 'aw qryban 'aw mhamyan 'aw frdan akhar. 'aw yumkinuk almusharakat fi jalsat aliastimae binafsika.

### **baed jalsat alastimae**

yumkin 'an tughayir natijat altaen 'ahliat alakharin almawjudin ealaa hisabik hataa 'iidha lam yatlubuu altaena.

'iidha lam yatima albatu fi altaen aladhi qadamth lisalihik, faqad takun mswwlaan ean taklifat altaghtiat alsihiyat alati astakhdamatha fi 'athna' muealajat altaen aladhi qadamthu. wafima yali baed al'amthilat lima yataeayan ealayk fieluh eind eadam albati fi altaen aladhi qadamth lisalihik:

- 'iidha talaqayt taghtiat min khilal barnamaj Medicaid fi 'athna' tahdid talab altaeni, faqad tudtaru 'iilaa tasdid

taklifat mazaya Medicaid alati talqayatiha.

- 'iidha kunt msjlaan fi khutat Essential Plan (alkhutat al'asasiati) 'aw khutat Child Health Plus fi 'athna' alqiam biaitikhadh qarar bishan taeniki, faqad tudtaru 'iilaa sadad qistika, 'iidha kan ladayk qistu.
- 'iidha tabayan min taenik 'anak last mwhlaan lilhusul ealaa khasm daribi, fisatusui dayirat al'iiradat aldaakhilia ( IRS ) khasmak aldaribia eind taqdim al'iiqrar aldaribii alfidirali, wahu ma qad yuadiy 'iilaa fard gharamat daribiatin.

## **kayfiat talab altaen 'aw talab almazid min almaelumat**

---

aitasil bina 'iidha kanat ladayk 'ayu aistifsarat bishan hadha al'ikhtari.

yurjaa 'iielamuna 'iidha aihtajat 'iilaa musaeadat fi taqdim talab lilhusul ealaa taghtiat taminik alsihiyi 'aw alwusul 'iilayha.

atasal bina ealaa alraqmi:

**1-855-355-5777**

**((TTY): 1-800-662-1220 alhatif alnisiyi)**

'arsil radak eabr alfakis ealaa alraqmi:

**1-855-900-5557**

'arsal talabak eabr albarid ealaa aleunwani:

**NY State of Health**

**PO Box 11729**

**Albany, NY 12211**

## **khutat sihiyat muahala**

### **mataa tabda taghtiti?**

---

lan tabda taghtiatuk alsihiyat hataa takhtar khutatan.

**khilal fatrat altasjil alsanawiat almaftuhat , 'iidha kunt muahalan liltasjil fi khutat 1 Essential Plan ( alkhutat al'asasiat 1) 'aw khutat 2 Essential Plan (alkhutat al'asasiat 2 ) wakhtart khutatan bihulul al 15 min alshahra, fasatabda taghtiatuk fi alyawm al'awal min alshahr altaali. 'iidhan akhtart khutat bayn alyawm al 16 wanihayat alshahra, fasatabda taghtiatuk fi alyawm al'awal min alshahr altaali. ealaa sabil almithali, 'iidhan akhtart khutat fi 18 nufimbir, fasatabda taghtiatuk fi 1 yanayir.**

yanbaghi lak dafe al'aqsat alshahria ('iidha kan dhalik mntbqan) libad' taghtiatik walilhifaz ealaa aistimrariha.

yumkinuk 'an tuhadid khutat sihiyat muahalat fi 'ayi waqt fi 'athna' fatrat aindimam maftuhatin, 'aw 'iidha kunt mwhlaan lifatrat aindimam khasatin.

### **bitaqat altaamin alsihiyi**

---

baed dafe maswuwiat qistik ('iidha kan dhalik mntbqan), saturesil sharikat altaamin alsihiyi bitaqat muerrfk altaaminii waghayriha min almaelumat bishan mazayak wamuqadimi alkhamat almutahin lak fi shabakatiki.

### **al'aqsat wamabaligh taqasum altakalif alshahria**

---

yuetamad almablagh aladhi tadfaeuh muqabil altakalif mithl al'aqsat alshahriat walkhusumat wamabaligh almusharakat fi aldafe waltaamin almushtarak ealaa alkhutat alati takhtaruha wabaed alkathir min al'ashkhas muahalin litalaqiy khusumat daribiatin, mimaa yuqalil min altaklif alshahriat ealayki.

takhfidat taqasum altakalif hi khasm yukhafid almablagh aladhi tadfaeuh muqabil alkhusumat wamabaligh

almusharakat fi aldafe waltaamin almushtariki. 'iidha kunt mwhlaan , yajib ealayk altasjil fi khutat fi alfia "alfidiyati" litahsul ealaa mudakharat 'iidafiatin. satatawasal khutatuk alsihyat maeak bishan alqist alshahrii watursal 'iilayk "jadwal almazaya". yukhbiruk "jadwal almazaya" bimiqdar alklusumat wamabaligh almusharakat fi aldafe waltaamin almushtarak lilkhutat alati akhtirtuha. 'iidha lam tadfae 'aqsatuk alshahriat fi alwaqt almuhadadi, faqad tafqad taghtiatak alsihiyata.

## **almazaya alkhadieat liltaghtia**

---

- alrieayat alwiqayiyat almajaania
- rieayat almardaa dakhil almustashfayat
- khadamat aleiadat alkharijia
- rieayat al'umumat wal'atfal hadithi alwilada
- khadamat altawari
- almaeamil waltaswir altashkhisu
- al'adwiat almuqararat biwasfat tibiya
- khadmat 'iieadat altaahil waltaahil
- khadamat alsihat aleaqliat waliadtirabatalnaajimat ean taeati almawadi almukhadira
- khadamat 'iidarat alsihat wal'amrad almuzmina
- qad tughatiy baed alkhutat aydan mazaya al'asnan lilbalighin waghayriha min almazaya

## **maelumat 'iidafiat bishan aldufaeat almusbaqat min al'aqsat almakhsumat min aldarayib**

---

nahsib alqist almakhsum min aldaribat bna'an ealaa dakhlik alsanawii almutawaqae satuswi IRS aldufueat almuqadamat min alqist almakhsum min aldaribat lihisabik bna'an ealaa aldakhl alfielii aladhi sajalath fi namudhaj daribat aldakhl alfidrali. 'iidha kan dakhluk 'aelaa mimaa 'akhbaratna bih fi talabika, faqad tudtaru 'iilaa dafe mablagh darayib 'akbar. 'iidha kan dakhluk 'aqala mimaa 'akhbaratna bih fi talabika, faqad tastaridu mblghan min qimat aldarayibi.

'iidha 'aradt taqlil makhatir aldarayib almurtabitat bitaghtiatik fi 'ayi waqta, yumkinuk khafd mablagh qist alkhasm aldaribii alkhasi bika, waikhtara dafe mablagh 'akbar min qistik alshahrii alan. liaikhtiar qist shahriin 'aelaa, aitasal bina 'aw sajal aldukhul 'iilaa hisabik likhafd mablagh qist alkhasm aldaribii alkhasi bika.

yajib ealayk taqdim 'iiqrar daribat aldakhl alfidiraliat alkhasi bik likay takun mwhlaan lilhusul ealaa dufaeat musbaqat min al'aqsat almakhsumat min aldarayibi. 'iidha kan ladayk tamin sihiyun maysur altaklifat yafi bialhadi al'adnaa min almutatalabat min khilal sahib eamla, falast mwhlaan lilhusul ealaa aldufueat almusbaqat min al'aqsat

almakhsumat min aldarayibi. yumkinuk 'iikhbaruna 'iidha hasalat ealaa tamin sihiyin min khilal sahib aleamal alkhasi bik ean tariq alaitisal bina 'aw tasjil aldukhul 'iilaa hisabika.

## **alfiat alkhasat min al'aeda'i: tawasil mae NY State of Health lilhusul ealaa almazid min almaelumat**

---

'iidha kunt min alhunud al'amrikiiny 'aw min sukaan 'alaska al'asliinya, faqad tatamakan min alhusul ealaa mazaya 'iidafiatin. 'iidha kan dakhil 'usratik dimn hadi aldakhil almasmuh bihi, falan tatahamal 'ayu mabaligh min taqasum altakalifi, lidhalik lan yakun ladayk 'ayu takalif tudfe min malik alkhasi, mithl alkhusumat 'aw mabaligh almusharakat fi aldafe 'aw altaamin almushtariki. bighadi alnazar ean dakhlika, lan yakun ladayk 'ayu takalif tudfe min malik alkhasi 'iidha kunt tastakhdim khadamat min muqadam rieayat sihiyat hindi, mithl alkhadamat alsihiyat alhindiati, 'aw alqabayil walmuasasat alqabaliati, 'aw almuasasat alsihiyat alhindiati alhadariati, bima yashmal alrieayat almushtarata/almaalata.

yumkinuk aydan al-tasjil fi khutat fi 'ayi waqt wataghyir alkhutat alati sujilat biha maratan wahidatan fi alshahra.

litalaqiy hadhih almazaya, yajib ealayk tazawidina bialmustanadat alati tufid bi'anak eudw fi qabilat muetaraf biha fydralyan 'aw wathiqat sadirat ean qaryatin/qabilat 'asliat fi 'alaska 'aw sharikat ANCSA Corporation tushir 'iilaa wade altaraf almaeni. yajib ealayk aydan akhtiar khutat sihiyatin.

## **taghtiat tamin sihi akhar 'aw Medicare**

---

la tantahi taghtiatuk fi NY State of Health tlqayyan 'iidha sujilat fi Medicare. last muahalan lilhusul ealaa 'aqsat min alkhasm aldaribii 'aw mudakharat 'ukhraa mae khutat NY State of Health baed 'an tusbih muahalan lilqisam A mnan barnamaj Medicare bidun 'aq sati eind taqdim 'iqrar daribat aldakhl alfidiraliati, qad yataeayan ealayk sadad kuli 'aw baed aldfeanat almusbaqat li'aqsat alkhasm aldaribii almadfue nyabtan eank ean al'ashhur alati kunt mshtarkan fiha fi khutat NY State of Health 'iilaa janib 'aqsat alkhasm aldaribii almadfueat msbqan, wakunt mwhlaan lilqisam A min barnamaj Medicare bidun 'aq sati, 'aw kunt msjlaan fi alqisam A 'aw msjlaan fi khutat Medicare Advantage.

hunak 'ashya' muhimat yajib muraeatuha 'iidha kunt taqtarib min sini al 65 sanat 'aw 'akthar 'aw tahsul ealaa tamin aldaman aliaijtimaeeii dida aleajz (SSDI).

'iidha kunt tusajil fi Medicare baed aintiha' fatrat altasjil al'awaliati, faqad tudtaru 'iilaa dafe gharamat takhir altasjil ma dam kan ladayk Medicare.

bishakl eami, 'iidha lam tataqadam bitalab lilhusul ealaa Medicare khilal fatrat altasjil al'awaliati, yumkinuk altasjil faqat khilal fatrat altasjil aleami la Medicare (man 1 yanayir 'iilaa 31 maris min kuli eami) liltaghtiat alati tabda fi 1 yulyu. waqad yusabib hadha fajwatan fi taghtiatika.

Imzyd min almaelumat hawl barnamaj Medicare, tafadal bizarat Social Security Administration ('iidarat aldaman alaijtimaeii) ealaa alraabti: **www.ssa.gov** 'aw atasal bialraqm 1213-772-800-1 'aw tafadal bizarat **Medicare.gov** aw atasal bialraqm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

yumkinuk aliahtifaz bitaghtiatik fi NY State of Health baed altasjil fi Medicare 'aw albad' fi talaqiyalmazaya alsihiyat min khilal wazifati. fi muezam alhalati, lan takun mwhlaan baed alan lilhusul ealaa 'ayi 'aqsat min alkhasm aldaribii 'aw takhfidat 'ukhrra fi taqasum altakalif lilmusaeadat fi dafe takalif taghtiat taminik alsahi. wamae dhalika, la tantahi taghtiatuk fi NY State of Health tlqayyan 'iidha kunt tusajil fi Medicare 'aw albad' fi talaqiy altaamin alsihiyi min

khilal sahib eamali.

'iidha kunt msjlaan fi barnamaj Medicare 'aw bada'at fi talaqiy altaamin alsihiyi min khilal sahib aleumli, yataeayan ealayk aleawdat 'iilaa NY State of Health li'iinha' taghtiat taminik alsihiyi litajanub takrar almazaya alati tahsul ealayha bialfiel min khilal barnamaj Medicare 'aw eamlika.

## **taghyir alkhutat**

---

'iidha kunt mwhlaan lilaindimam khilal fatrat tasjil khasatin, falak alhaqu fi 'iinha' taminik alsahi, waltasjil fi khutat sihiyat 'ukhrra 'iidha 'ulghiat bulisat taminak khilal 10 'ayaam min tarikh altasjili.

yumkinuk taghyir khutatik 'aya waqt khilal fatrat altasjil almaftuhati. 'iidhan fwt almaweid alnihayiyu liltasjil fi khutat khilal fatrat altasjil almaftuhati, faqad la yumkinuk altasjil fi khutat tamin min khilal NY State of Health hataa maweid fatrat fath bab altasjil altaali, ma lam takun mwhlaan liltasjil fi fatrat tasjil khasatin. 'iidha kunt mwhlaan liltasjil khilal fatrat altasjil alkhasati, yumkinuk altasjil fi khutat jadidat khilal 60 ywman min tarikh wuque alhadath almuahal liltasjil alkhasi.

## **'iieadat tahdid al'ahliat waltajdid alsanawiyn**

---

yajib 'an tueid NY State of Health tahdid 'ahliatik liltasjil fi khutat sihiyat muahilat kuli eami. sanueid aydan tahdid 'ahlitik lilhusul ealaa almusaeadat almaliat 'iidha taqadamat bitalab lilhusul ealayha. satatawasal maeak NY State of Health 'iidha aihtajna 'iilaa almazid min almaelumat liaistikmal 'iijra'at altajdid lika. 'iidha kunt la tazal mwhlaan liltasjil fi khutat sihiyat muahalatin, yumkinuk alaistimrar fi khutatik alhalia ('iidha kanat mutawafiratan) 'aw yumkinuk aikhtiar khutat jadidatin.

## **maelumat muhimat 'ukhraa**

### **barnamaj altaghdhiat altakmiliat al khasat llnisa' walrude wal'atfal (WIC)**

---

Hal nt hamilu? qul 'ant 'um jadidatun? qul ladayk tiftl 'aw 'atfal sighar (htaa sina al 5)?

yumkin 'ana. yusaaiduk barnamaj alnisa' walrude wal'atfal (WIC) fi musaeadat eayilatika. yuqadim barnamaj alnisa' walrudae wal'atfal (WIC) al'ateimat alsihiyat waltaghdhiat waltatafiuf alsihiya wadaem alradaeat altabieiat wal'iihalat ala alkhadamat alsihiyat walaijtimaeiat lieayilat niuyurk majana.

limaerifat mawqie 'aqrab eiadat libarnamaj alnisa'  
walrudae wal'atfal (WIC) atasil bialraqm 1-800-522-5006.  
tatawafar maelumat 'iidafiat libarnamaj alnisa' walrude  
wal'atfal (WIC) ealaa:  
**<http://www.health.ny.gov/prevention/nutrition/wic/>**

## **aliastighna' ean al'awraq**

---

aijeal 'iidarat hisabik 'ashal min khilal alaistighna' ean  
aistikhdam al'awraqi. min khilal alaistighna' ean aistikhdam  
alwaraq, satakun jamie 'iishearatik almuhimat fi makan  
wahid amin wayumkinuk qira'at 'iishearatik eabr al'iintirnit fi  
'ayi waqt. sanursil 'iilayk tnbyhan eabr albarid al'iiliktrunii  
eind tawafur 'iishear jadid liqira'atih ealaa hisabik fi NY  
State of Health yajib ealayk tasjil aldukhul 'iilaa hisabik  
lieard al'iishearat alkhasat bika. lan naqum bitadmin 'ayi  
maelumat khasat 'aw siriyat fi albarid al'iiliktruni.

'iidha kunt turid 'an tastaghni ean al'awraqi, faqum bitasjil  
aldukhul 'iilaa hisabik wanqir ealaa "Edit Account  
Information" (taedil maelumat alhisabi). dimn  
"Communication Preferences" (tafdilat alatisali), akhtar  
"Paperless" (blan waraq) lilhusul ealaa 'iishearat eabr  
albarid al'iiliktrunii eind nashr 'iishearat jadidat ealaa  
hisabik fi NY State of Health . ladayk alkhlar fi taghyir  
hadha alaikhthiar fi 'ayi waqtu.

min almuhimi 'an yakun aleunwan almudaraj fi hisabik enwanan shyhan. ahris ealaa 'iielam NY State of Health bieunwanik albaridii walsakanii alhaliayna. qad tata'athar altaghtiat alati tahsul ealayha 'ant 'aw 'usratuk 'iidha lam yakun ladayna eunwanuk alhaliu.

## **qanun 'iikhdae altaamin alsihiyi liqabiliat alnaql walmuhasaba (HIPAA)**

---

taltazim New York State bihimayat khususiatika. yumkinuk maerifat almazid ean mumarasat NY State of Health almutaealiqat bialkhususiat ean tariq ziarat almawqie al'iiliktrunii **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** 'aw aliatisal bikhidmat aleumala' ealaa alraqm **1-855-355-5777 (alhatif alnisiyi TTY: 1-800-662-1220)**.

## **'iikhtar bisiasat eadam altamyiz**

---

taltazim NY State of Health biqawanin alhuquq almadaniat alfidiraliat almaemul biha waqawanin alwilayat wala tumayiz ealaa 'asas aleiraq 'aw allawn 'aw al'asl alqawmii 'aw aleaqidat / aldiyn 'aw aljins 'aw aleumr 'aw alhalat alaijtimaeiat / al'usariat 'aw al'iieaqat 'aw alshurut almutaealiqat bialhaml 'aw sijil alhabsa, 'aw al'iidana (al'iidanati) aljinayiyati, 'aw alhuiat aljinsiati, 'aw altawajuh aljinsii, 'aw alkhasayis aljiniat almuhyayati, 'aw alwade aleaskarii, 'aw dahaya aleunf almanzilii w / 'aw alaintiqami.

'iidha kunt taetaqid 'ana NY State of Health qad marasat altamyiz didaka, yumkinuk taqdim shakwaa ean tariq aliantiqal 'iilaa:

**[www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)** 'aw bi'iirsal risalat brid 'iiliktruniin 'iilaa:  
Diversity Management Office min khilal  
**[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)**.

yumkinuk aydan taqdim shakwaa 'iilikturuniat mtellqt bialhaqi almadanii 'iilaa U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ealaa almawqie **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>** 'aw ean tariq albarid 'aw alhatif bimurasilat U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH 800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697 alhatif alnasii ) Building, Washington, D.C. 20201. tatawafar namadhij alshakawaa ealaa almawqie **[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.

## **'asalib alraaha**

---

tuafar NY State of Health musaeadat wakhadamat majaaniat lil'ashkhas dhawi alaihtiajat alkhasat liltawasul maeana bshkl feeal, mithla:

- alhatif alnasiyu min khilal khidmat niuyurk New York Relay Service

- fa'iidha kunt kfyfinan 'aw daeif albasar bshkl hadin watahtaj 'iilaa 'an takun almulahazat 'aw almawadu almaktubat al'ukhrra bisighat badila (mithl: altibaeat bikhati kabirin, 'aw 'ustuanat alsawti, 'aw albayanati, 'aw tariqat brayil), yurjaa aliatisal bialraqm 1-855-355-5777 (alhatif alnisiyu TTY: 1-800-662-1220).

kama tuafir NY State of Health khadmat almusaeadat allughawiat almajaaniat lil'ashkhas aladhin la yatahadathun al'iinjiliziat kalighat 'uwlaa, watatamathal fi:

- almutarjimin alfawriyn almuahalin
- maelumat kitabiat balaghat 'ukhrra

'iidha kunt bihajat 'iilaa hadhih alkhadamat 'aw lilmazid min almaelumat hawl Reasonable Accommodations, fatasil bialraqm 1-855-355-5777 (alhatif alnisiyi TTY: 1-800-662-1220).

yumkinuk alhusul ealaa almusaeadat fi qira'at hadha al'iishear biallughat al'iinjiliziat 'aw bilughat 'ukhrra 'aw alhusul ealaa hadha al'iishear bitansi akhar. atasil bina ealaa 1-855-355-5777 (alhatif alnasi) 1-800-662-1220

## **Getting Help in a Language Other than English**

---

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish  
Swahili  
Twi

PO Box 11775  
Albany, NY 12211

P.O Box 11775  
Albany, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



Kontakte nou pou w poze kesyon oswa pou w jwenn Èd fas-a-fas:

**1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**

**[nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov)**

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

## **AVI ENPÒTAN KONSÈNAN KALIFIKASYON W ATRAVÈ NY STATE OF HEALTH**

- **Suiv etap enpòtan sou fason pou jere kont anliy ou an.**

Kont anliy NY State of Health ou a gen enfòmasyon enpòtan sou ou menm ansanm ak moun ki ap viv lakay ou.. Lè w kreye kont anliy ou an, ou kapab mete demann

ou an ajou poukont ou nan nenpòt moman. Ou kapab kontinye suiv enfòmasyon w yo, san wete avi ou yo, nenpòt lè w vle.

**Pou kreye kont anliy ou an, ale sou [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov), klike sou **APPLY TODAY (APLIKE JODI A)**. Apresa, klike sou **SIGN IN (KONEKTE)** si w deja gen yon idantifyan **NY.gov**, oswa sou **REGISTER ACCOUNT (ANREJISTRE KONT)** si w se yon nouvo itilizatè. Apre w fin konekte, antre **kòd envitasyon sa a**— [REDACTED] — pou konfime enfòmasyon pèsònèl ou epi pou w fin konfigire kont ou an.**

[REDACTED]

[REDACTED]

**Apati 01 janvyè 2026, ou kalifye pou Essential Plan 1. Ou pral peye \$ 0 (gratis) dola pa mwa pou plan sante w la.**

Essential Plan (Plan Esansyèl) la garanti tout avantaj sante esansyèl yo epi li pa gen yon dediktib chak ane. Ou pral gen kopeman ki ba pou kèk sèvis.

Men, ou dwe bay plis enfòmasyon. Si ou rate dat limit ki pi ba (yo), ou ka pèdi asirans sante ou oswa resevwa mwens èd pou peye pwoteksyon asirans ou an. Gade enstriksyon yo pou voye prèv anplis ak lis dokiman an (yo) anba a.

### **Ou Bezwen Aji:**

► **Bay prèv pou Eitati Sitwayènte anvan 01 mas 2026.**

Sa a kapab yon liv oswa kat paspò ameriken, Lisans Chofè Amelyore Eta New York, dokiman Tribi ou te resevwa nan yon tribi gouvènman federal la rekonèt, yon Sètifika Natiralizasyon oswa Sètifika Sitwayènte ameriken (N-560, N-561). Gade lis verifikasyon dokiman an pi lwen nan avi sa a pou jwenn yon lis konplè ki gen dokiman ki akseptab yo.

Enfòmasyon ki Itil:

► **Nou enskri ou nan yon Essential Plan (Plan Esansyèl) pou kenbe ou nan konpayi asirans sante ou te gen anvan an.** Pwoteksyon asirans sante w la kòmanse jou ki 01 janvye 2026. Kontakte konpayi asirans sante w la si ou gen kesyon sou sèvis oswa pwofesyonèl swen sante ki garanti yo.

► **Itilize kat ID asirans konpayi asirans sante w la pou jwenn sèvis nan men pwofesyonèl swen sante ki**

**nan rezo w la.** Ou pral kontinye jwenn sèvis nan plan sante ou genyen kounye a. Rele konpayi asirans ou an pou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki nan rezo w la oswa pou poze sou pwoteksyon oswa avantaj ou genyen yo. Ou kapab chèche yon pwofesyonèl swen sante tou sou <https://pndslookup.health.ny.gov>.

[REDACTED]

[REDACTED]

**Apati 01 janvye 2026, ou kalifye pou Child Health Plus. Ou pral peye \$0.00 dola pa mwa pou plan sante w la.**

Enfòmasyon ki Itil:

- **Itilize kat ID asirans konpayi asirans sante w la pou jwenn sèvis nan men pwofesyonèl swen sante ki nan rezo w la.** Ou pral kontinye jwenn sèvis nan plan sante ou genyen kounye a. Rele konpayi asirans ou an pou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki nan rezo w la oswa pou poze kesyon sou pwoteksyon oswa avantaj ou genyen yo. Ou kapab chèche yon pwofesyonèl swen sante tou sou <https://pndslookup.health.ny.gov>.

[REDACTED]

[REDACTED]

**Apati 01 janvye 2026, ou kalifye pou Essential Plan 1. Ou pral peye \$ 0 (gratis) dola pa mwa pou plan sante w la.**

Essential Plan (Plan Esansyèl) la garanti tout avantaj sante esansyèl yo epi li pa gen yon dediktib chak ane. Ou pral gen kopeman ki ba pou kèk sèvis.

Enfòmasyon ki Itil:

- **Nou enskri ou nan yon Essential Plan (Plan Esansyèl) pou kenbe ou nan konpayi asirans sante ou te gen anvan an.** Pwoteksyon asirans sante w la kòmanse jou ki 01 janvye 2026. Kontakte konpayi asirans sante w la si ou gen kesyon sou sèvis oswa pwofesyonèl swen sante ki garanti yo.

## **Fason Nou Pran Desizyon Nou**

---

NY State of Health te egzamine kantite moun ki nan kay ou, revni ak lòt enfòmasyon ki nan aplikasyon w lan, ak enfòmasyon ki soti nan sous done eta yo oswa sous done federal yo jou ki 01 desanm 2025 pou decide si w kalifye.

Si w panse nou te fè yon erè, kontakte nou kounye a nan **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**.

[REDACTED]

[REDACTED]

Nou te baze desizyon sa a sou yon revni moun nan kay ki se \$44,928.00 pa ane ak kantite moun ki nan kay la. Revni moun ki nan kay ou ant \$39,975.00 ak \$53,300.00. Se limit revni pou Essential Plan 1 kantite moun ki nan kay la.

Nou bezwen plis enfòmasyon pou n konfime si w kalifye pou Essential Plan 1.

Ou pa kalifye pou lòt pwogram yo paske:

- ▶ Revni w lan depase limit revni ki akseptab pou Medicaid atravè NY State of Health.
- ▶ Moun ki gen pwoteksyon asirans nan Essential Plan (Plan Esansyèl) yo pa kalifye pou kredi enpo sou prim lan.

[REDACTED]

[REDACTED]



Ou pral gen yon kopeman pou sèten sèvis swen sante, anjeneral lè ou jwenn sèvis la. Se paske revni moun ki nan kay ou nan oswa depase \$26,650.00.

Ou pa kalifye pou lòt pwogram yo paske:

- ▶ Revni w lan depase limit revni ki akseptab pou Medicaid atravè NY State of Health, Medicaid atravè NY State of Health, Medicaid atravè NY State of Health.
- ▶ Moun ki gen pwoteksyon asirans nan Essential Plan (Plan Esansyèl) yo pa kalifye pou kredi enpo sou prim lan.

## **Referans Legal**

---

W ap jwenn anba a yon lis ak lwa ak règleman gouvènman espesifik ki bay NY State of Health otorite a epi ki etabli règ ki pèmèt nou ofri asirans sante bon mache pou rezidan Eta New York yo.

Nou te pran desizyon nou yo an fonksyon règ sa yo:

- Kòd Règleman Federal yo: 42 CFR § 600.305(a); 45 CFR § 155.305; 45 CFR § 155.305(c); 45 CFR § 155.305(d); 45 CFR § 155.305(e); 45 CFR § 155.305(f); ak 45 CFR § 155.305(g)

- Lwa sou Sante Piblik New York: § 2511(2)
- Lwa sou Sèvis Sosyal Vil New York: § 369-ii

## **Demann pou Plis Enfòmasyon pou Konfime Kalifikasyon ou**

---

Plis enfòmasyon nesesè pou konfime si moun k ap viv nan kay la (yo) kalifye. Ou pral jwenn yon lis dokiman nou aksepte nan paj sa yo ki nan avi sa a. Chwazi kalite dokiman ki pi apwopriye pou ou a epi voye li ba nou. **Se sèlman kopi pou ou voye.** Kenbe nenpòt dokiman orijinal.

Sonje bagay sa yo lè w ap voye prè:

1. **Ekri prenon ou ak non fanmi ou, dat ou fèt, nimewo ID Kont ou ak ID Mache a sou tout dokiman ou voye ba nou yo.**
2. **Toujou mete paj paj orijinal ak barkode si ou voye dokiman ou yo pa lapòs oswa pa faks.** Nou bezwen kòdba ki pi ba a pou lye dokiman ou voye yo ak kont NY State of Health ou a epi pou nou ka travay sou aplikasyon ou an. San kòdba a, li ka pran plis tan pou nou travay sou dokiman w yo.
3. **Ou kapab telechaje dokiman yo depi aparèy mobil oswa tablèt ou an grasa Aplikasyon Telechajman Mobil NYSOH a.** Ouvri aplikasyon an, antre

enfòmasyon sou kont ou an, chwazi dokiman w lan nan lis la, fè foto epi soumèt li. Aplikasyon an gratis epi li disponib sou Google Play™ ak App Store®.

Rele NY State of Health si ou bezwen èd pou w jwenn prèv ou bezwen pou w konfime enfòmasyon yo ki sou aplikasyon w lan Yo ka pa egzije pou w voye dokiman yo nan kèk sitiyasyon.

Rele nou nan **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)** pou w jwenn plis enfòmasyon.

## **POU W VOYE PRÈV BA NOU:**

---

Konekte nan kont ou an sou sitwèb nou an pou w ka telechaje dokiman ou yo: **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)**

Itilize Aplikasyon Telechajman Mobil NYSOH ki disponib gratis sou Google Play™ ak App Store® pou w telechaje dokiman yo.

Voye repons ou an pa faks nan: **1-855-900-5557**

Voye dokiman yo pa lapòs nan:

**NY State of Health  
PO Box 11727  
Albany, NY 12211**

## **Lis Verifikasyon Dokiman**

---

NY State of Health ka bezwen enfòmasyon anplis pou konfime kalifikasyon pou pwoteksyon asirans sante pou ou ak moun k ap viv nan kay ou yo. Lis verifikasyon dokiman ki pi ba a (yo) montre kalite dokiman ou kapab voye ba nou pou konfime kalifikasyon ou. **Kòmansman avi sa a di ou kiyès ki dwe voye plis enfòmasyon, kalite prèv nou bezwen, ak dat limit pou voye enfòmasyon sa yo ba nou.**

Chwazi dokiman ki nan lis verifikasyon dokiman ki pi apwopriye pou ou epi voye yo ba nou. **Se sèlman kopi pou ou voye.** Kenbe nenpòt dokiman orijinal.

**Si nou pa resevwa prèv la anvan dat limit yo, oumenm ak moun k ap viv nan kay ou yo ka pèdi asirans sante nou oswa resevwa mwens èd pou peye pwoteksyon asirans sante nou an.**

## **Prèv Sitwayènte**

---

Lis verifikasyon sa a montre dokiman moun bay pi souvan ou ka itilize pou konfime sitwayènte pou moun k ap viv nan kay la ki sou aplikasyon w lan. Chwazi dokiman ki pi apwopriye pou ou a epi voye li ba nou anvan dat limit lan.

## **Si ou...**

---

**Yon Sitwayen Ameriken oswa Nasyonal k ap viv sou yon Teritwa Ameriken**

## **Donk, voye youn nan dokiman sa yo ba nou:**

---

- Sètifika sitwayènte ameriken (N-560, N-561);
- Liv oswa kat paspò ameriken;
- Lisans Chofè Amelyore NYS;
- Dokiman Tribi Amerendyen Natif Natal (Ou te jwenn nan men yon tribi gouvènman federal la rekonèt)

## **Si ou...**

---

### **Yon Sitwayen Ameriken ki Natiralize**

#### **Donk, voye youn nan dokiman sa yo ba nou:**

---

- Sètifika Natiralizasyon (N-550, N-570);
- Liv oswa kat paspò ameriken;
- Lisans Chofè Amelyore NYS.

## **Si ou...**

---

**Yon Ameriken Natifnatal** (yon manm yon tribi gouvènman federal la rekonèt, ki te fèt deyò Etazini oswa ki te fèt Kanada)

#### **Donk, voye youn nan dokiman sa yo ba nou:**

---

- Yon kat manm tribi ki gen foto;
- Papyè tribi ki montre ou se manm yon tribi gouvènman federal la rekonèt selon seksyon 4(E) nan Detèminasyon Pèsonèl ak Asistans pou Edikasyon ak prèv ou te fèt deyò Etazini;
- Dosye I-94 arive/depa kode S1-3;
- Kat rezidan pèmanan I-551 kode S1-3;
- So I-551 tanporè kode S1-3 sou yon paspò kanadyen;

- Papye tribi ki sètifye omwen 50% san Endyen Ameriken (INA seksyon 289)

## **Si w pa gen youn nan dokiman ki pi wo yo, voye sa yo ba nou:**

Yon kopi batistè ameriken oswa yon batistè ki soti nan yon teritwa ameriken **AK** yon kopi youn nan sa yo:

- Lisans chofè ki valid ki gen foto oswa deskripsyon detaye;
- Pyès idantite lekòl ki gen foto;
- Kat Militè Ameriken ak dosye anwolman;
- Kat idantite depandan militè;
- Kat idantite gouvènman federal, eta oswa lokal bay ki gen foto ak/oswa deskripsyon;
- Sètifika degre san endyen;
- Dekrè Adopsyon Final;
- Dokiman tribi Endyen Alaska/Natif Natal Alaska ki gen foto oswa lòt enfòmasyon ki idantifye ou;
- Kat Maren Komèsan Gadkòt Etazini

## **Ou Dwe Siyale Chanjman yo**

---

Nan ane k ap vini an, ou dwe enfòme NY State of Health sou nenpòt chanjman ki pral afekte elijibilite ou pou enskri nan yon asirans sante nan espas 30 jou apre yon chanjman konsa fin fèt. Ou bezwen di nou si:

- Revni ou chanje (sèlman si w ap resevwa èd finansye);
- Ou gen aksè nan Pwogram Asirans Sante Eta New York la (New York State Health Insurance Program, NYSHIP) oswa ou enskri ladan li;
- Elijibilite ou pou asirans sante akòz chanjman nan travay;
- Pri prim asirans sante ou akòz chanjman nan travay;
- Ou vin kalifye pou lòt asirans sante;
- Ou demenaje;
- Gen yon chanjman nan sitiyasyon ou ak imigrasyon;
- Gen chanjman nan fwaye ou. Pa egzanp, ou marye/divòse, ou vin ansent, oswa ou gen yon timoun; ou adopte yon timoun, oswa yon mete yon timoun nan adopsyon lakay ou;
- Gen yon chanjman nan sitiyasyon elèv ap lantan (si sa aplikab pou moun ki sou aplikasyon yo);
- Ou chanje fason ou planifye pou deklare revni ou. Pa egzanp, ou pral deklare nouvo depandan yo (sèlman si w ap resevwa èd finansye).

Si ou pa siyale chanjman yo nan espas 30 jou epi chanjman yo afekte kapasite ou pou jwenn èd gouvènman pou frè asirans yo, ou ka oblije ranbouse kèk nan sibvansyon ou te resevwa yo oswa tout.

Konekte nan kont ou an sou [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) oswa kontakte nou pou enfòmè nou sou nenpòt chanjman.

## **FASON POU SIYALE CHANJMAN BAY NY STATE OF HEALTH**

---

Kontakte nou si ou gen nenpòt kesyon sou Avi sa a. Fè nou konnen si ou bezwen èd pou aplike oswa pou jwenn aksè nan asirans sante w la.

Rele nou nan:

**1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**

Pa Lapòs:

**NY State of Health**

**PO Box 11729**

**Albany, NY 12211**

### **Si Ou Panse Nou Te Fè yon Erè**

---

Si ou panse nou te fè yon erè lè nou te anile pwoteksyon ou nan yon plan sante Medicaid, ou ka rele nou pale sou enkyetid ou yo. Rele NY State of Health nan nimewo 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Ou kapab konteste yon desizyon:

- Ki di ou pa respekte règ pou achte yon plan sante pou tèt ou oswa fanmi w nan NY State of Health. Egzanp: Ou pa p viv nan Eta New York, oswa ou nan prizon;
- Ki di ou pa respekte règ pou jwenn èd pou ede peye pou yon plan sante ou vle achte;
- Sou kantite lajan ou dwe peye pou prim chak mwa w la si w te aplike pou èd finansye;
- Ki di ou pa respekte règ pou jwenn pwoteksyon Medicaid, Essential Plan (Plan Esansyèl) oswa Child Health Plus;
- Sou kantite lajan ou dwe peye pou pwoteksyon Child Health Plus si pitit ou yo kalifye pou pwogram sa a;
- Sou kantite lajan ou dwe peye pou pwoteksyon Essential Plan (Plan Esansyèl) si ou menm oswa yon moun ki nan kay la kalifye pou pwogram sa a;
- Ki di ou pa respekte règ pou enskri nan asirans nan NY State of Health pandan "enskripsyon lib" la oswa yon "peryòd enskripsyon espesyal";
- NY State of Health retade. Egzanp: Ou pa t resevwa yon avi ki di ou pa respekte règ pou jwenn pwoteksyon Medicaid nan espas 45 jou ki nesesè yo.

NY State of Health gen yon pwosesis kontestasyon ki kowòdone, sa ki vle di Inite Kontestasyon an pral tande tout pwoblèm ki pi wo yo. Ou kapab jwenn pwosesis

jeneral pou kontestasyon NY State of Health ak detay pou kredi enpò sou prim, rediksyon pataj frè, plan sante kalifye yo, ak peryòd enskripsyon yo nan 45 Kòd Règleman Federal 45: (CFR) seksyon 155, sou-seksyon F. Anplis, ou kapab jwenn règ sou odyans san paspouki Medicaid la nan 42 CFR seksyon 431, sou-seksyon E règ sou Child Health Plus nan 42 CFR § 457.348(b). Pou kontestasyon Essential Plan (Plan Esansyèl) yo, NY State of Health suiv pwosesis ak règ nan 45 CFR seksyon 155, sou-seksyon F; men, moun ki konteste yo pa kapab konteste kalifikasyon yo pou Essential Plan (Plan Esansyèl) la nan Depatman Sante Federal ak Sèvis Sosyal.

## **Fason pou Mande yon kontestasyon ak Lòt Enfòmasyon**

---

Yon kontestasyon se demann ou bay NY State of Health pou egzaminen ak chanje yon desizyon nou te pran sou kalifikasyon ou.

### **Kijan ak Kilè pou Mande yon Kontestasyon**

Ou gen 60 jou apre dat ki sou avi sa a pou mande yon kontestasyon. Ou pral resevwa yon lèt nan menm NY State of Health ki di nou te resevwa demann ou an. N ap voye yon lèt ba ou ki di dat ak lè odyans kontestasyon ou a.

## **Fason pou Mande pou Pwoteksyon w lan Kontinye**

Si w gen pwoteksyon, ou kapab mande pou kenbe li pandan w nan pwosesis kontestasyon an. Ou dwe mande sa lè ou mande yon kontestasyon. Sa vle di ke pwogram asirans ou ladan kounye a ap kontinye jiskaske yo pran yon desizyon sou kontestasyon ou a. Si ou gen pwoteksyon Medicaid, n ap kontinye pwoteksyon w lan si ou mande li nan espas 10 jou apre dat avi sa a OSWA anvan dat kalifikasyon ou kòmanse nan avi sa a, nenpòt sa ki vini apre a.

## **Odyans Kontestasyon an**

Odyans lan se chans ou pou esplike pou kisa ou pa dakò ak desizyon NY State of Health la. Yon ofisye odyans pral pran yon desizyon sou kontestasyon ou a. Ofisye odyans lan p ap nan paspouki epi li pa pral favorize ni ou, ni NY State of Health. Ofisye a ap fè odyans lan nan telefòn. Men sa ou bezwen fè anvan, pandan, ak apre odyans lan.

## **Anvan odyans lan**

Gade nan dokiman NY State of Health ou te itilize yo pou pran yon desizyon sou kalifikasyon ou. Ou ka voye enfòmasyon bay nou ki ta ka ede nou konprann kontestasyon ou an.

Ou ka mande dokiman sou règleman espesifik ki nesesè pou ede ou deside si ou ta dwe mande yon kontestasyon oswa pou ede ou prepare pou odyans kontestasyon ou. Nou ka eseye rezoud pwoblèm ou yo nan yon pwosesis rezolisyon dispit enfòmèl.

## **Pandan odyans la**

Ou ka fè yon moun patisipe ak ou pandan odyans nan telefòn ou a si ou vle. Moun sa a ka yon zanmi, zanmi, avoka, oswa lòt moun. Oswa ou ka patisipe nan odyans la poukont ou.

## **Après odyans lan**

Rezilta yon kontestasyon ka chanje kalifikasyon lòt moun sou kont ou menm si yo pa mande pou yon kontestasyon.

Si kontestasyon an pa rezoud nan favè ou, ou ka responsab pou peye pri pwoteksyon sante ou te itilize pandan yo t ap travay sou kontestasyon w lan. Men kèk egzanp sou sa ou ka fè lè yo pa rezoud kontestasyon an nan favè ou:

- Si ou te resevwa pwoteksyon Medicaid pandan y ap detèmine kontestasyon ou an, ou ka oblije ranbouse frè avantaj Medicaid ou te resevwa yo.
- Si ou te enskri nan Essential Plan (Plan Esansyèl) oswa

Child Health Plus pandan yo t ap travay sou kontestasyon ou an, ou ka oblije ranbouse prim ou an, si ou gen yon prim.

- Si kontestasyon w lan twouve ou pa kalifye ou kredi enpo, IRS pral rekonsilye kredi enpo ou yo lè ou depoze deklarasyon taks federal ou yo, ki ka lakoz yon sanksyon fiskal.

## **FASON POU MANDE YON KONTESTASYON OSWA PLIS ENFÒMASYON**

---

Kontakte nou si ou gen nenpòt kesyon sou Avi sa a. Di nou sa si ou bezwen èd pou aplike oswa pou jwenn aksè nan pwoteksyon asirans sante ou.

Rele nou nan:

**1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**

Voye repons ou a nan faks bay:

**1-855-900-5557**

Voye demann ou a nan lapòs nan:

**NY State of Health  
PO Box 11729  
Albany, NY 12211**

## **PLAN ESANSYÈL LA**

### **Kilè Pwoteksyon Mwen An Kòmanse?**

---

Kouvèti asirans sante ou an p ap kòmanse jiskaske ou chwazi yon plan. Si ou pa chwazi yon plan, y ap chwazi youn pou ou. Egzamine avi sa a pou ou konprann ki lè Essential Plan ou a kòmanse ak nenpòt desizyon ou bezwen pran pou kenbe Essential Plan ou a.

**Kouvèti ou a toujou kòmanse nan premye jou nan mwa ou chwazi plan w lan. Pou egzanp, si w chwazi plan w lan nan dat 18 Avril, kouvèti w la ap kòmanse nan dat 1ye Avril.**

### **Kat Asirans Sante ak Kat Avantaj Eta New York**

---

Konpayi asirans ou an ap voye kat asirans ou an ak lòt enfòmasyon sou avantaj ou genyen yo ak pwofesyonèl swen sante ki disponib nan rezo w lan ba ou.

Si ou kalifye pou Essential Plan (Plan Esansyèl) 3 oswa Essential Plan (Plan Esansyèl) 4, ou kapab benefisye sèvis planin familyal ak sèvis transpò ki pa ijan pou ale nan randevou medikal yo. Ou dwe jwenn otorizasyon davans anvan pou jwenn sèvis transpò pou ale nan randevou medikal yo.

## **Avantaj ki Garanti yo**

---

- Swen prevansyon gratis
- Swen nan lopital pou pasyan ki entènè
- Sèvis pou pasyan ki pa entènè
- Swen manman ak tibebe ki fenk fèt
- Sèvis ijans
- Sèvis byennèt ak sèvis jesyon maladi kwonik
- Sèvis laboratwa ak sèvis imajri
- Medikaman preskripsyon
- Sèvis reyadaptasyon ak sèvis adaptasyon
- Sèvis sante mantal ak sèvis pou twoub ki lye ak itilizasyon sibstans

Ou ta dwe kontakte nouvo plan sante ou an pou ou chwazi Founisè Swen Prensipal ou a (PCP). Si ou ap chwazi yon nouvo doktè, rele biwo doktè a dabò pou asire ou klinik medikal la ap aksepte nouvo pasyan epi l ap patisipe nan plan sante ou te chwazi a.

Si w kalifye pou Essential Plan (Plan Esansyèl) 3 oswa Essential Plan (Plan Esansyèl) 4, ou kapab jwenn sèvis transpò ki pa ijans pou ale nan randevou medikal yo ak sèvis planin familyal yo. Ou dwe jwenn otorizasyon davans anvan pou jwenn sèvis transpò pou ale nan randevou medikal yo. Rele Liy Èd la nan 1-800-541-2831 pou w jwenn yon pwofesyonèl swen sante tou pre ou oswa pou w jwenn enfòmasyon sou fason pou w jwenn otorizasyon davans pou sèvis transpò.

Essential Plan (Plan Esansyèl) la ou a yo ofri sèten sèvis planin familyal. Ou ka jwenn aksè nan sèvis sa yo ak kat asirans Essential Plan (Plan Esansyèl) ou an, oswa ou kapab ale deyò rezo pwofesyonèl swen sante ou a ak Kat Avantaj Eta New York ou a pou w jwenn sèvis sa yo. Ou ka jwenn aksè nan kèk sèvis planin familyal Essential Plan (Plan Esansyèl) ou a pa ofri lè ou itilize Kat Avantaj Eta New York ou a.

Tout Essential Plan yo gen ladan yo avantaj dantè ak vizyon. Kapab gen yon kopèman ki tou piti pou kèk sèvis, epi p ap gen franchiz pou ane a.

## **Popilasyon Espesyal yo: Rele NY State of Health pou plis enfòmasyon**

---

Moun ki kalifye pou Essential Plan epi ki bezwen sèvis swen alontèm dwe kontakte NY State of Health. Moun ki bezwen sèvis swen alontèm ka kalifye pou Medicaid si yo satisfè tout lòt kritè kalifikasyon yo.

Endyen Ameriken yo ak Natifnatal Alaska ki enskri nan Essential Plan yo pa gen okenn depans pataje, sepandan ou dwe toujou peye prim lan chak mwa, si sa aplikab. Pou resevwa avantaj sa yo, ou dwe ba nou dokiman ki di ou se manm yon tribi gouvènman federal rekonèt oswa yon dokiman yon vilaj Natifnatal Alaska/tribi oswa ANCSA Corporation bay ki endike estati aksyonè ou.

## **Lòt Kouvèti Asirans Sante oswa Medicare**

---

Moun ki enskri oswa ki elijib pou enskri nan pwoteksyon esansyèl minimòm yo pa kalifye pou Essential Plan (Plan Esansyèl) la.

Si w enskri nan Medicare oswa ou kòmanse benefisye asirans sante nan yon travay, ou ta dwe retounen nan NY State of Health pou w anile asirans sante ou pou w evite doub avantaj ou deja ap resevwa nan Medicare oswa

travay ou.

## **Chanjman Plan yo**

---

Ou gen dwa pou w chanje Essential Plan (Plan Esansyèl) ou an. Pou w jwenn plis enfòmasyon sou lè ou kapab chanje plan, oswa pou w chanje plan, tanpri rele nou tousuit.

## **Renouvèlman**

---

Elijibilite ou pou Essential Plan (Plan Esansyèl) dwe renouvle chak ane. NY State of Health pral kontakte ou si nou bezwen enfòmasyon pou fini ak renouvèlman an.

## **CHILD HEALTH PLUS**

### **Kilè Kouvèti Asirans Pitit Mwen an Ap Kòmanse?**

---

Kouvèti asirans sante pitit ou a p ap kòmanse toutotan w pa chwazi yon plan.

**Si ou chwazi yon plan anvan 15 nan mwa a, kouvèti asirans pitit ou a ap kòmanse nan premye jou nan mwa ki vin annapre a. Si ou chwazi yon plan ant 16 ak fen mwa a, kouvèti asirans pitit ou a ap kòmanse nan**

**premye jou nan pwochen mwa a. Tankou, si w chwazi yon plan nan dat 18 Avril, kouvèti asirans pitit ou a ap kòmanse nan dat 1ye Jen.**

Ou dwe peye prim premye mwa a (si sa aplikab) pou kòmanse kouvèti pitit ou a. Peman premye mwa a dwe fèt anvan 10yèm jou nan mwa kouvèti a. Si ou peye prim lan konplè, ou dwe peye prim lan anvan mwa kouvèti a.

## **Kat Idantifikasyon Asirans Sante**

---

Konpayi asirans sante w la ap voye kat idantifikasyon asirans pitit ou a ak lòt enfòmasyon sou avantaj pitit ou a ak founisè ki disponib nan rezo yo a. Si ou dwe peye yon prim, y ap voye sa a apre ou fin fè premye peman an.

## **Prim Chak Mwa ak Pataje Depans**

---

Après premye peman an, prim chak mwa a dwe rive nan fen mwa a anvan mwa kouvèti a. Si ou pa fè peman prim chak mwa ou an a lè, pitit ou a ka pèdi kouvèti sante yo a. Plan sante w la ap voye ba ou yon fakti pou peman prim chak mwa ou yo.

Fanmi ki gen plis pase twa (3) timoun sèlman dwe peye prim chak mwa a pou twa (3) timoun yo. Prim chak mwa

yo rive nan plafon twa (3) timoun ki ap viv nan menm kay la. Timoun anplis yo kouvri men yo pa gen prim. Tankou, si ou gen kat (4) timoun lakay ou kote yo chak peye \$15 chak mwa, prim total chak mwa ou a ta dwe nan plafon \$45 chak mwa olye \$60 chak mwa. Katriyèm (4yèm) timoun lan pa t ap gen yon prim. Pa gen okenn plafon pou timoun ki enskri nan yon plan Child Health Plus pou peye konplè.

Pa gen okenn franchiz anyèl oswa kopeman pou sèvis yo.

## **Avantaj ki Kouvri**

---

- Vizit timoun ki byen
- Egzamen fizik
- Vaksinasyon
- Swen Lopital oswa chirijikal pou pasyan ki entène
- Sèvis laboratwa ak imajri
- Sèvis dijans
- Terapi fizik oswa okipasyonèl akoutèm
- Medikaman sou preskripsyon ak medikaman ki pa sou preskripsyon, si se yon pwofesyonèl ki gen lisans ki preskri l
- Sèvis terapi pou pasyan ekstèn (chimyoterapi, emodyaliz)
- Sèvis sante mantal, alkòl ak itilizasyon sibstans pou

pasyan ki entène ak pasyan ekstèn

- Sèvis Dantè ak Vizyon
- Sèvis pou Lapawòl ak pou Tande

**Sa a se pa yon lis fètèfouni pou avantaj ki kouvri yo. Ou dwe kontakte plan sante ou an dirèkteman pou nenpòt kesyon ou genyen sou sèvis ak avantaj ki kouvri yo atravè plan sante ou a ak founisè ou yo. Ou dwe kontakte plan sante w la pou chwazi Pwofesyonèl Premye Swen pitit ou a (Primary Care Provider, PCP). Si w ap chwazi yon nouvo doktè, rele biwo doktè a an premye pou w asire li aksepte nouvo pasyan epi patisipe nan plan sante ou te chwazi a.**

## **Popilasyon Espesyal: Rele NY State of Health pou plis enfòmasyon**

---

Si pitit ou a se yon manm nan yon tribi Ameriken Endyen oswa Alaska Natifnatal gouvènman federal rekonèt, ou ka anmezi pou enskri nan yon plan sante gratis.

## **Lòt Kouvèti Asirans Sante ak Pwogram Asirans Sante New York**

---

Timoun yo pa kalifye pou Pwogram Child Health Plus si yo gen lòt asirans sante oswa si yo enskri nan oswa gen

aksè a avantaj sante eta a (NYSHIP). Si pitit ou a enskri nan lòt kouvèti sante oswa vin kalifye pou NYSHIP, tanpri rele nou nan 1-855-355-5777 pou mete ajou aplikasyon pitit ou a.

## **Chanjman Plan yo**

---

Ou gen dwa chanje plan Child Health Plus ou a nenpòt ki lè. Pou chanje plan yo, tanpri rele nou nan 1-855-355-5777. Tanpri sonje, ou pa ka enskri nan de (2) plan Child Health Plus an menm tan.

## **Renouvèlman**

---

Ou dwe renouvle kalifikasyon pitit ou a pou Child Health Plus chak ane. NY State of Health ap kontakte ou si nou bezwen enfòmasyon pou konplete renouvèlman an.

## **LÒT ENFÒMASYON KI ENPÒTAN**

### **Pwogram Nitrisyon Siplemanchè Espesyal pou Fanm, Tibebe ak Timoun (WIC)**

---

Èske w ansent? Èske w fenk manman? Èske w gen yon tibebe oswa jèn timoun (jiska 5 lane)?

WIC kapab ede w jwenn èd pou fanmi w. WIC bay fanmi New York yo manje ki bon pou lasante, fòmasyon sou nitrisyon ak sante, sipò pou alètman epi fè referans bay sèvis sante yo ak sèvis sosyal gratis.

Pou jwenn adrès klinik WIC ki pi pre w la, rele nan 1-800-522-5006. Enfòmasyon anplis sou pwogram WIC la disponib sou:

**[www.health.ny.gov/prevention/nutrition/wic/](http://www.health.ny.gov/prevention/nutrition/wic/)**.

## **Sispann Itilize Papye**

---

Rann zafè jere kont ou an pi fasil lè w sispann itilize papye. Lè w sispann itilize papye, tout avi enpòtan w yo prale yon sèl kote ki an sekirite epi ou kapab li yo sou entènèt nenpòt lè. Nou pral voye yon alèt imèl ba ou lè yon nouvo avi disponib pou w li sou kont NY State of Health ou an. Ou dwe konekte nan kont ou an pou w ka wè avi ou yo. Nou pa pral mete okenn enfòmasyon prive oswa sekre nan imèl la.

Si w vle sispann itilize papye, konekte nan kont ou an epi klike sou “Edit Account Information” (Chanje Enfòmasyon Kont). Anba “Communication Preferences” (Preferans Kominikasyon), chwazi “Paperless” (Pa itilize papye) pou w jwenn alèt imèl yo lè yo afiche nouvo avi yo nan kont NY

State of Health ou an. Ou gen opsyon pou chanje chwa sa a nenpòt lè.

Li vrèman enpòtan pou adrès ou kòrèk nan kont ou. Asire w NY State of Health gen bon adrès postal ou ak adrès kay ou. Sa ka afekte pwoteksyon asirans fanmi ou si nou pa gen adrès ou ye kounye a.

## **Lwa sou Pòtabilite ak Responsablite Asirans Sante (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)**

---

Eta New York pran angajman pou pwoteje enfòmasyon prive ou. Pou w jwenn plis enfòmasyon sou prensip pwoteksyon enfòmasyon prive NY State of Health, ale sou **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** oswa rele sèvis kliyantèl la nan nimewo **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**.

## **Avi Konsènan Regleman Kont Diskriminasyon**

---

NY State of Health konfòme li ak lwa dwa sivik Federal ak lwa eta epi li pa fè diskriminasyon ki baze sou ras, koulè, orijin nasyonal, kwayans/relijyon, sèks, laj, eta sivil/familyal, andikap, kondisyon ki gen rapò ak gwosè, dosye arestasyon, kondanasyon kriminèl, idantite seksyèl, oryantasyon seksyèl, pre-dispozisyon karakteristik jenetik,

eta militè, viktim vyolans domestik ak/oswa revanch.

Si ou kwè NY State of Health te fè diskriminasyon kont ou, ou ka depoze yon plent lè ou ale nan **[www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)** oswa voye yon imèl Diversity Management Office nan **[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)**.

Answit ou ka depoze yon plent konsènan dwa sivik ak U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights pa mwayen elektwonik nan **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>** oswa pa lapòs oswa nan telefòn nan U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Fòm pou pote plent yo disponib nan **[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.

## **Akomodasyon**

---

NY State of Health ofri èd ak sèvis gratis pou moun ki gen andikap pou kominike byen avèk nou, tankou:

Ofri èd ak sèvis gratis pou moun ki gen andikap pou

kominike byen avèk nou, tankou:

- TTY atravè New York Relay Service
- Si ou avèg oswa ou gen gwo difikilte pou wè epi ou bezwen avi oswa dkiman nan yon lòt fòm (gran ekriti, odyo oswa CD done, oswa Bray), kontakte 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Epitou, NY State of Health ofri sèvis asistans lang gratis pou moun ki pa pale angle byen tankou:

- Entèprèt ki kalifye
- Enfòmasyon ekri nan lòt lang

Si ou bezwen sèvis sa yo oswa pou plis enfòmasyon sou Akomodasyon Rezonab, tanpri rele 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Ou kapab jwenn Èd pou li avi sa a ann Anglè oswa yon lòt lang oswa jwenn avi sa a nan yon lòt fòm. Rele nou nan 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)

## **Getting Help in a Language Other than English**

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775  
Albany, NY 12211

PO BOX 11775  
ALBANY, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



Prenez contact avec nous si vous avez des questions ou pour obtenir une aide en personne :

**1-855-355-5777 (TTY : 1-800-662-1220)**

**[nystateofhealth.ny.gov](http://nystateofhealth.ny.gov)**

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]


[REDACTED]

## **AVIS IMPORTANT CONCERNANT VOTRE ELIGIBILITE VIA NY STATE OF HEALTH**

- **Effectuez cette démarche importante pour gérer votre compte en ligne.**

Votre compte NY State of Health en ligne contient d'importantes informations vous concernant et concernant les membres de votre ménage. En configurant votre

compte en ligne, vous pouvez actualiser votre demande vous-même à tout moment. Vous pouvez y consulter vos informations, y compris vos avis, lorsque vous le souhaitez.

**Pour configurer votre compte en ligne**, rendez-vous sur **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)**, et cliquez sur **APPLY TODAY** (Déposer une demande aujourd'hui). Cliquez ensuite sur **SIGN IN** (Se connecter) si vous possédez déjà un identifiant NY.gov, ou sur **REGISTER ACCOUNT** (Enregistrer le compte) si vous utilisez le service pour la première fois. Une fois connecté, saisissez ce **code d'invitation** —  — pour confirmer vos données personnelles et terminer la configuration de votre compte.





**À partir du 01 janvier 2026, vous avez droit au Essential Plan 200-250. Vous paierez une prime de 0 \$ (gratuit) par mois pour votre plan de santé.**

Votre Essential Plan (Plan essentiel) couvre toutes les prestations de santé essentielles et n'est sujet à aucune

franchise annuelle. Vous devrez payer une faible quote-part pour certains services.

Informations utiles :

- **Utilisez votre carte d'identification de votre compagnie d'assurance maladie pour obtenir des services auprès d'un prestataire de votre réseau.** Vous continuerez à obtenir des services au travers de votre plan de santé actuel. Appelez votre compagnie d'assurance maladie pour trouver un prestataire dans votre réseau ou pour poser vos questions concernant votre couverture ou vos prestations. Vous pouvez également rechercher un prestataire sur <https://pndslookup.health.ny.gov>.

[REDACTED]

[REDACTED]

**Vous n'avez pas droit à une assurance maladie via NY State of Health.**

Vous n'avez pas droit à **Essential Plan lan** après le **31 décembre 2025**.

## Informations utiles :

- ▶ Si vous êtes affilié à un plan de santé, vous ne bénéficiez plus d'une couverture par le biais de votre plan de santé via NY State of Health. Vous recevrez un autre avis confirmant que votre couverture via NY State of Health a pris fin.
- ▶ Si votre situation change, vous pourrez peut-être introduire une nouvelle demande d'assurance maladie.

## **Comment avons-nous pris notre décision**

---

NY State of Health a vérifié la taille de votre ménage, vos revenus et les autres informations fournies dans votre demande, ainsi que les informations des sources de données d'État et fédérales le 10 décembre 2025 afin de prendre une décision quant à votre éligibilité.

Si vous pensez que nous avons fait une erreur, prenez contact avec nous sans attendre au **1-855-355-5777** (TTY : **1-800-662-1220**).

[REDACTED]

[REDACTED]



State of Health, car :

Vous ne remplissez pas les critères du programme pour avoir droit à une assurance maladie via NY State of Health.

## **Référence juridique**

---

Ci-dessous se trouve une liste des lois et règlements gouvernementaux spécifiques qui donnent à NY State of Health l'autorité nécessaire pour proposer aux résidents de l'État de New York une assurance maladie abordable et qui en fixent les règles.

Nos décisions sont basées sur les règles suivantes :

- Code des réglementations fédérales : 42 CFR § 600.305(a); 45 CFR § 155.305; 45 CFR § 155.305(c); 45 CFR § 155.305(e); 45 CFR § 155.305(f); 45 CFR § 155.305(g); et 45 CFR § 155.335(a)(2)(iii)
- Loi de New York sur les services sociaux : § 369-ii

## **Vous devez signaler les changements**

---

Au cours de l'année prochaine, vous devrez signaler à NY State of Health tout changement susceptible d'influencer votre éligibilité à souscrire à une assurance maladie dans

les 30 jours suivant ledit changement. Vous devez nous signaler les cas de figure suivants :

- Vos revenus changent (uniquement si vous recevez une aide financière) ;
- Vous avez accès ou vous vous affiliez au New York State Health Insurance Program (NYSHIP) ;
- Votre éligibilité à une assurance maladie grâce à un emploi change ;
- Le coût de votre assurance maladie via un emploi change ;
- Vous pouvez désormais prétendre à une autre assurance maladie ;
- Vous déménagez ;
- Votre statut d'immigration change ;
- Votre ménage change. Par exemple, vous vous mariez/divorcez, tombez enceinte ou avez un enfant ; vous adoptez un enfant ou un enfant est placé chez vous en attendant d'être adopté ;
- Votre statut d'étudiant à temps plein change (si applicable aux membres de la demande) ;
- Vous modifiez la manière dont vous déclarez vos impôts. Par exemple, lorsque vous déclarez de nouvelles personnes à charge (uniquement si vous recevez une aide financière).

Si vous ne signalez pas des changements dans les 30

jours, et que ceux-ci influencent votre capacité à recevoir une aide gouvernementale pour payer votre assurance, vous pourriez être amené à devoir rembourser les subsides que vous avez reçus, en tout ou en partie.

Connectez-vous à votre compte sur **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** ou prenez contact avec nous pour nous signaler ces modifications.

## **COMMENT SIGNALER DES CHANGEMENTS À NY STATE OF HEALTH**

---

Prenez contact avec nous si vous avez des questions par rapport à cet avis. Faites-nous savoir si vous avez besoin d'aide pour demander une couverture d'assurance maladie ou accéder à la vôtre.

Appelez-nous au :

**1-855-355-5777 (TTY : 1-800-662-1220)**

Courrier :

**NY State of Health**

**PO Box 11729**

**Albany, NY 12211**

## **Si vous pensez que nous avons fait une erreur**

---

Si vous pensez que nous avons fait une erreur vis-à-vis de votre éligibilité, appelez-nous pour nous faire part de vos inquiétudes. Appelez NY State of Health au 1-855-355-5777 (TTY : 1-800-662-1220).

Vous pouvez interjeter appel contre une décision :

- Selon laquelle vous ne remplissez pas les critères pour souscrire à un plan de santé pour vous ou votre famille via NY State of Health. Exemple : Vous ne vivez pas dans l'État de New York, ou vous êtes incarcéré ;
- Selon laquelle vous ne remplissez pas les critères pour obtenir de l'aide pour payer un plan de santé que vous désirez obtenir ;
- Relative au montant de votre prime mensuelle si vous avez demandé une aide financière ;
- Selon laquelle vous ne remplissez pas les critères pour obtenir une couverture via Medicaid, à Essential Plan (Plan essentiel) ou à Child Health Plus ;
- Relative au montant que vous devez payer pour une couverture Child Health Plus si vos enfants ont droit à ce programme ;
- Relative au montant que vous devez payer pour une couverture Essential Plan (Plan essentiel) si vous ou un membre de votre ménage avez droit à ce programme ;

- Selon laquelle vous ne remplissez pas les critères pour souscrire à une assurance via NY State of Health au cours d'une « période de souscription ouverte » ou d'une « période de souscription spéciale » ;
- Reportée par NY State of Health. Exemple : Vous n'avez pas reçu d'avis vous indiquant si vous remplissez les critères pour obtenir une couverture Medicaid dans le délai requis de 45 jours.

NY State of Health possède une procédure d'appel coordonnée, ce qui signifie que son service des appels organisera des audiences pour tous les problèmes énumérés ci-dessus. La procédure générale des appels de NY State of Health et les détails concernant les crédits d'impôt sur les primes, les réductions des frais partagés, les plans de santé qualifiés et les périodes de souscription sont disponibles dans la règle 45 CFR, partie 155, sous-partie F. Par ailleurs, le règlement pour une audience équitable en matière de Medicaid se trouve à la règle 42 CFR, partie 431, sous-partie E et le règlement relatif à Child Health Plus à la règle 42 CFR § 457.348(b). Pour les appels concernant Essential Plan (Plan essentiel), NY State of Health suit les procédures et les règles du point 45 CFR, partie 155, sous-partie F ; néanmoins, les demandeurs ne peuvent pas faire appel concernant leur éligibilité à Essential Plan (Plan essentiel)

devant le Département fédéral de la santé et des services sociaux (Federal Department of Health and Human Services).

## **Comment faire appel et demander des informations supplémentaires**

---

En faisant appel, vous demandez à NY State of Health d'examiner et de modifier la décision prise vis-à-vis de votre éligibilité.

### **Comment et quand interjeter appel**

Vous avez 60 jours ouvrables à compter de la date de cet avis pour faire appel. Vous recevrez une lettre de NY State of Health confirmant la réception de votre demande. Nous vous enverrons une lettre indiquant la date et l'heure de l'audience de votre appel.

### **Demander à ce que votre couverture se poursuive**

Si vous avez une couverture, vous pouvez demander à la conserver pendant la procédure d'appel. Vous devez faire cette demande au moment où vous faites appel. Cela signifie que votre programme d'assurance actuel restera en vigueur jusqu'à ce qu'une décision soit prise par rapport à votre appel. Si vous disposez d'une couverture Medicaid, vous resterez couvert si vous le demandez dans

les 10 jours suivant la date de cet avis OU avant la date d'entrée en vigueur de la décision d'éligibilité indiquée dans cet avis, si celle-ci est plus éloignée.

## **L'audience de l'appel**

L'audience vous permettra d'expliquer pourquoi vous n'êtes pas d'accord avec la décision de NY State of Health. Un agent des audiences prendra une décision quant à votre appel. L'agent des audiences ne prendra pas parti et ne favorisera ni vous, ni NY State of Health. L'agent dirigera l'audience par téléphone. Voici ce que vous devez faire avant, pendant et après l'audience.

## **Avant l'audience**

Consultez les documents utilisés par NY State of Health pour prendre une décision quant à votre éligibilité. Vous pouvez nous envoyer des informations susceptibles de nous aider à comprendre votre appel.

Vous pouvez demander les références politiques nécessaires pour vous aider à décider de faire ou non appel ou pour vous aider à préparer l'audience de votre appel. Il est possible que nous essayions de résoudre vos problèmes au travers d'une procédure informelle de résolution des litiges.

## **Pendant l'audience**

Quelqu'un peut vous accompagner pendant l'audience téléphonique si vous le désirez. Cette personne peut être un ami, un parent, un avocat, ou toute autre personne. Vous pouvez également participer à l'audience seul.

## **Après l'audience**

Le résultat d'un appel peut modifier l'éligibilité d'autres personnes de votre compte, même si celles-ci ne font pas appel.

Si la décision prise n'est pas en votre faveur, il est possible que vous deviez rembourser le coût de la couverture maladie que vous avez utilisée pendant votre procédure d'appel. Ci-dessous se trouvent quelques exemples de ce que vous pourriez être amené à devoir faire si l'appel ne tourne pas en votre faveur :

- Si vous avez reçu une couverture au travers de Medicaid pendant l'examen de votre appel, il est possible que vous deviez rembourser le coût des avantages Medicaid que vous avez reçus.
- Si vous étiez affilié à Essential Plan (Plan essentiel) ou à Child Health Plus pendant l'examen de votre appel, il est possible que vous deviez rembourser votre prime, si vous avez une prime.

- Si, lors de votre appel, il est déterminé que vous n'avez pas droit à des crédits d'impôt, l'IRS comparera vos crédits d'impôt lorsque vous remettrez votre déclaration d'impôt fédérale, et pourra éventuellement vous infliger une amende fiscale.

## **COMMENT FAIRE APPEL ET DEMANDER DES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**

---

Prenez contact avec nous si vous avez des questions par rapport à cet avis. Faites-nous savoir si vous avez besoin d'aide pour demander une couverture d'assurance maladie ou accéder à la vôtre.

Appelez-nous au :

**1-855-355-5777 (TTY : 1-800-662-1220)**

Envoyez votre réponse par fax au :

**1-855-900-5557**

Envoyez votre demande par courrier à :

**NY State of Health**

**PO Box 11729**

**Albany, NY 12211**

## **AUTRES INFORMATIONS IMPORTANTES**

### **Programme spécial de nutrition complémentaire pour femmes, nouveau-nés et enfants (WIC)**

---

Vous êtes enceinte ? Une jeune maman ? Vous avez un bébé ou un enfant (de moins de 5 ans) ?

Le WIC peut vous aider à aider votre famille. Le WIC propose gratuitement aux familles de New York des denrées saines, une éducation à la nutrition et à la santé, un soutien en matière d'allaitement ainsi que des recommandations de services de santé et sociaux.

Pour trouver une clinique WIC près de chez vous, appelez le 1-800-522-5006. D'autres informations sur le programme WIC sont disponibles sur :  
**[www.health.ny.gov/prevention/nutrition/wic/](http://www.health.ny.gov/prevention/nutrition/wic/)**

### **Passez à la Méthode Informatique**

---

Simplifiez la gestion de votre compte en passant à la méthode informatique. En passant à la méthode informatique, tous vos avis importants se trouveront dans un seul endroit sécurisé et vous pourrez accéder à vos avis en ligne à tout moment. Nous vous enverrons une

notification par e-mail lorsqu'un nouvel avis sera disponible sur votre compte NY State of Health. Vous devrez vous connecter à votre compte pour consulter vos avis. Nous n'indiquerons aucune information privée ou confidentielle dans l'e-mail.

Si vous désirez passer à la méthode informatique, connectez-vous à votre compte et cliquez sur « Edit Account Information » (Modifier les informations du compte). Sous « Communication Preferences » (Préférences de communication), choisissez « Paperless » (Informatique) pour recevoir des notifications par e-mail lorsque de nouveaux avis sont publiés sur votre compte NY State of Health. Vous avez le droit de modifier ce paramètre à tout moment.

Il est essentiel d'indiquer votre adresse exacte sur votre compte. Assurez-vous que NY State of Health possède votre adresse postale et votre adresse de résidence actuelles. Votre couverture, ou celle de votre famille pourraient être affectées si nous ne possédons pas votre adresse actuelle. .

## **Loi sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)**

---

L'État de New York s'engage à protéger votre vie privée. Pour en savoir plus sur les pratiques de NY State Department of Health en matière de confidentialité, rendez-vous sur [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) ou appelez le service clientèle au **1-855-355-5777 (TTY : 1-800-662-1220)**.

## **Avis sur la politique de non-discrimination**

---

NY State of Health observe toutes les lois fédérales applicables relatives aux droits civils ainsi que les lois d'État applicables et ne fait aucune discrimination sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, des croyances/de la religion, du sexe, de l'âge, du statut marital/familial, du handicap, des conditions liées à la grossesse, du casier judiciaire, des condamnations pénales, de l'identité sexuelle, de l'orientation sexuelle, des facteurs génétiques prédisposants, du statut militaire, du statut de victime de violences domestiques et/ou des représailles.

Si vous pensez que NY State of Health a fait preuve de

discrimination à votre rencontre, vous pouvez déposer une réclamation en vous rendant sur :

**[www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)** ou en envoyant un courrier électronique au Diversity Management Office à **[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)**.

Vous pouvez également déposer une réclamation civile auprès du U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights par voie électronique sur <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> ou par courrier ou téléphone à l'U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY : 1-800-537-7697). Des formulaires de réclamation sont disponibles sur **[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.

## **Services particuliers**

---

NY State of Health fournit une assistance et des services gratuits aux personnes incapables de communiquer de manière efficace avec nous, notamment :

- TTY au travers de New York Relay Service
- Si vous êtes aveugle ou malvoyant et que vous avez besoin de recevoir vos avis et autres documents écrits dans un autre format (gros caractères, CD audio ou de

données ou braille), téléphonez au 1-855-355-5777 (TTY : 1-800-662-1220).

NY State of Health fournit des services d'assistance linguistique gratuits aux personnes dont la langue principale n'est pas l'anglais, notamment :

- Des interprètes qualifiés
- Des informations rédigées dans d'autres langues

Si vous avez besoin de ces services ou de plus amples informations sur les services particuliers, téléphonez au 1-855-355-5777 (TTY : 1-800-662-1220).

Vous pouvez demander de l'aide pour lire cet avis en anglais ou dans une autre langue, ou pour obtenir cet avis dans un autre format. Appelez-nous au 1-855-355-5777 (TTY : 1-800-662-1220)

## **Getting Help in a Language Other than English**

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si

necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775  
Albany, NY 12211

PO Box 11775  
Albany NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



[REDACTED]

Irma Nodia  
2762 Mill Ave Apt 1  
Brooklyn, NY 11234-6422

[REDACTED]

Дата уведомления: **14 December 2025**

**ВАЖНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О ВАШЕМ  
ПРАВЕ НА ОФОРМЛЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ  
ЧЕРЕЗ NY STATE OF HEALTH**

► **Сделайте важное действие для управления  
своей учетной записью через Интернет.**

В вашей учетной записи NY State of Health содержится  
важная информация о вас и членах вашего

[REDACTED]

домохозяйства. Создав свою учетную запись, вы сможете самостоятельно обновлять свое заявление в любой момент. У вас будет постоянный доступ ко всей вашей информации, в том числе к уведомлениям.

**Чтобы создать учетную запись**, перейдите на сайт **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** и нажмите **APPLY TODAY** (Оформить сегодня). Затем нажмите **SIGN IN** (Вход), если у вас уже есть учетная запись **NY.gov ID**, или **REGISTER ACCOUNT** (Создать учетную запись), если вы новый пользователь. После выполнения входа введите этот **код приглашения**

**[REDACTED]** для подтверждения персональных данных и завершите создание учетной записи.

**[REDACTED]**

**[REDACTED]**

**Вы не имеете права на получение медицинского страхования через NY State of Health.**

**Вы не имеете права на участие в программе Essential Plan (основной план) после 31 December 2025.**

Полезная информация:

- ▶ Если вы зарегистрированы в каком-либо плане медицинского страхования, вы больше не будете получать страхование по вашему плану медицинского страхования через NY State of Health. Вы получите отдельное уведомление с информацией о том, что действие вашего страхования в NY State of Health прекращено.
- ▶ В случае изменения обстоятельств вы можете повторно подать заявление на медицинское страхование.

## **Каким образом было принято решение**

---

Для принятия решения о вашем праве на страхование сотрудник NY State of Health оценил размер вашего домохозяйства, доход и другие данные, указанные в вашем заявлении, и изучил информацию из штатных и федеральных источников на 13 December 2025.

Если вы считаете, что мы допустили ошибку, сразу же позвоните нам по телефону **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**.

[REDACTED]

[REDACTED]

Вы не имеете права на получение медицинского страхования Medicaid через NY State of Health, потому что:

- ▶ Вы не отправили запрошенные документы, необходимые для определения вашего права на медицинское страхование. Вам было отправлено уведомление с запросом следующего:

подтверждение Номер социального обеспечения не позднее 07 December 2025

Вы не имеете права на страхование Medicaid, Child Health Plus, Essential Plan (основной план), налоговый кредит на страховые взносы, снижение сумм наличных расходов для оплаты стоимости страховки или на приобретение квалифицированного плана медицинского страхования за полную стоимость, так как вы не отправили необходимые документы к указанному сроку. Не имея этой информации, мы не можем определить ваше право на медицинское страхование.

## **Юридическая информация**

---

Ниже перечислены конкретные законы и правительственные нормативные акты, которые дают NY State of Health полномочия и устанавливают правила, согласно которым мы можем предлагать доступное медицинское страхование жителям штата Нью-Йорк.

Мы приняли решения на основании следующих правил:

- Свод федеральных постановлений (CFR): 42 CFR § 435.910; 42 CFR § 457.340(b); 42 CFR § 600.305(a); 45 CFR § 155.305; 45 CFR § 155.305(e); 45 CFR § 155.305(f); 45 CFR § 155.310(a)(3); и 45 CFR § 155.315(b)
- Закон о социальном обеспечении штата Нью-Йорк: § 366(1)(g); § 366-a(2) and (5); и § 369-ii

## **Вы обязаны сообщать об изменениях**

---

В течение следующего года вы обязаны сообщать в NY State of Health обо всех изменениях, которые могут изменить ваше право на медицинское страхование, в течение 30 дней после наступления такого изменения. Вы должны сообщать нам обо всех следующих

случаях:

- у вас изменился доход (только если вы получаете финансовую помощь);
- вы получили возможность участвовать или зарегистрировались в программе New York State Health Insurance Program (NYSHIP);
- у вас изменилось право на получение медицинской страховки от работодателя;
- у вас изменилась стоимость страховых взносов на медицинскую страховку от работодателя;
- у вас появилось право на получение другой медицинской страховки;
- вы переехали;
- у вас изменился иммиграционный статус;
- у вас изменился состав домохозяйства (например, вы вступили в брак или развелись, вы беременны или у вас родился ребенок, вы усыновили/удочерили ребенка или в вашу семью помещен приемный ребенок);
- изменился статус студента очной формы обучения (если применимо для членов домохозяйства, указанных в заявлении);
- появились изменения в вашей налоговой декларации, например вы планируете дополнительно заявить иждивенца (только если вы получаете финансовую помощь).

## **КАК СООБЩИТЬ В NY STATE OF HEALTH ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ**

---

Свяжитесь с нами, если у вас есть вопросы об этом уведомлении. Сообщите нам, если вам требуется помощь в подаче заявления на медицинское страхование или в использовании медицинской страховки.

По телефону: **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**

По почте:

**NY State of Health**

**PO Box 11729**

**Albany, NY 12211**

Если вы в течение 30 дней не сообщите об изменениях, влияющих на ваше право получения государственных субсидий на оплату страхования, вы должны будете полностью или частично вернуть полученные субсидии.

Войдите в свою учетную запись на сайте

**[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** или свяжитесь с нами для

уведомления об изменениях.

## **Если вы считаете, что мы допустили ошибку**

Если вы считаете, что мы допустили ошибку при определении вашего права на участие, позвоните нам и сообщите о своей проблеме. Позвоните в NY State of Health по телефону 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Вы можете оспорить следующие решения:

- Решение о том, что вы не соответствуете правилам покупки плана медицинского страхования для себя или своей семьи через NY State of Health (например, вы не живете в штате Нью-Йорк или находитесь в заключении).
- Решение о том, что вы не соответствуете правилам предоставления помощи для оплаты плана медицинского страхования, который вы хотите купить.
- Решение о размере ежемесячного страхового взноса, который вы должны платить, если вы подали заявку на получение финансовой помощи.
- Решение о том, что вы не соответствуете требованиям страхования Medicaid, Essential Plan (основной план) или Child Health Plus.

- Решение о том, сколько вы должны платить за страхование Child Health Plus, если ваши дети имеют право на участие в этой программе.
- Решение о том, сколько вы должны платить за страхование Essential Plan (основной план), если вы или член вашего домохозяйства имеете право на участие в этой программе.
- Решение о том, что вы не соответствуете правилам регистрации для получения страхования через NY State of Health во время «периода открытой регистрации» или «специального периода регистрации».
- Задержка, вызванная NY State of Health (например, вы не получили в течение положенных 45 дней уведомления о том, соответствуете ли вы правилам для страхования Medicaid).

В NY State of Health действует координированный процесс работы с апелляциями, в соответствии с которым отдел апелляций разбирает все вышеуказанные вопросы. Описание общего процесса подачи апелляций в NY State of Health и подробную информацию о налоговом кредите на страховые взносы, снижении сумм наличных расходов, квалифицированных планах медицинского страхования и периодах регистрации см. в 45 Code of

Federal Regulations (CFR) часть 155, подчасть F. Кроме того, сведения о правилах Medicaid о справедливых слушаниях см. в 42 CFR часть 431, подчасть E, а правила Child Health Plus см. в 42 CFR § 457.348(b). Для апелляций по программе Essential Plan (основной план) в NY State of Health применяются процесс и правила, приведенные в 45 CFR часть 155, подчасть F; однако заявители апелляции не могут оспорить их право на страхование Essential Plan (основной план) в Federal Department of Health and Human Services.

## **Как подать апелляцию и запросить дополнительную информацию**

---

Апелляция -- это ваше обращение в NY State of Health с просьбой заново рассмотреть и изменить решение, которое мы приняли в отношении вашего права на страхование.

### **Как и когда следует подавать апелляцию**

Подать апелляцию можно в течение 60 календарных дней с даты, указанной в этом уведомлении. Вы получите от NY State of Health письмо с подтверждением того, что мы получили ваш запрос. Мы отправим вам письмо с указанием даты и времени слушания по вашей апелляции.

## **Запрос продолжения действия страхования**

Если у вас есть страхование, вы можете попросить сохранить его на период рассмотрения вашей апелляции. Вы должны запросить это вместе с подачей апелляции. Это значит, что ваша текущая страховая программа будет действовать до принятия решения по вашей апелляции. Если у вас есть страхование Medicaid это страхование будет продолжать действовать, если вы запросите это в течение 10 дней с даты настоящего уведомления ИЛИ до даты вступления в силу, указанной в настоящем уведомлении, в зависимости от того, что наступит позже.

## **Слушание по апелляции**

Слушание -- это ваш шанс объяснить, почему вы не согласны с решением NY State of Health.

Уполномоченный по слушаниям примет решение по вашей апелляции. Уполномоченный по слушаниям не поддерживает ни одну из сторон и не отдает предпочтения ни вам, ни NY State of Health.

Уполномоченный по слушаниям проводит слушание по телефону. Вот что вам нужно делать до, во время и после слушания.

## **До слушания**

Ознакомьтесь с документами, которые специалисты NY State of Health использовали для принятия решения о вашем праве участия. Вы можете отправить нам информацию, которая поможет нам понять вашу апелляцию.

Вы можете запросить конкретные материалы о страховании, которые вам нужны для принятия решения о подаче апелляции или для подготовки к слушанию. Мы можем попытаться решить ваши проблемы в рамках неформального урегулирования споров.

## **Во время слушания**

Если хотите, вы можете присутствовать на телефонном слушании вместе с сопровождающим лицом. Это может быть друг, родственник, адвокат или другое лицо. Вы также можете присутствовать на слушании без сопровождающих лиц.

## **После слушания**

Решение по вашей апелляции может изменить право на получение страхования других людей, указанных в вашей учетной записи, даже если они не подавали

апелляцию.

Если решение по апелляции принято не в вашу пользу, вам, возможно, придется возместить выплаты по медицинскому страхованию, полученные вами за время рассмотрения вашей апелляции. Вот примеры действий, которые могут потребоваться, если решение по апелляции будет не в вашу пользу:

- Если вы получали покрываемые услуги по программе Medicaid за период рассмотрения вашей апелляции, от вас могут потребовать возместить оплату полученных вами покрываемых услуг по программе Medicaid.
- Если во время рассмотрения вашей апелляции вы участвовали в программе Essential Plan (основной план) или Child Health Plus, вам, возможно, придется возместить выплатить субсидию на страховые взносы, если вам выплачивалась такая субсидия.
- Если при рассмотрении вашей апелляции выяснится, что вы не имеете права на налоговые кредиты, IRS выполнит сверку ваших налоговых кредитов при подаче вами налоговой декларации, в результате чего может быть назначен налоговый штраф.

## **КАК ПОДАТЬ АПЕЛЛЯЦИЮ ИЛИ ЗАПРОСИТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ**

---

Свяжитесь с нами, если у вас есть вопросы об этом уведомлении. Сообщите нам, если вам требуется помощь в подаче заявления на медицинское страхование или в использовании медицинской страховки.

Позвоните нам по телефону:

**1-855-355-5777 (TTY:1-800-662-1220)**

Отправьте ответ факсом на номер:

**1-855-900-5557**

Отправьте запрос почтой по адресу:

**NY State of Health**

**PO Box 11729**

**Albany, NY 12211**

## **ДРУГАЯ ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

### **Специальная программа льготной покупки продуктов для женщин, младенцев и детей (WIC)**

---

У вас имеется беременность? Вы молодая мама? У вас малыш или маленькие дети (в возрасте до 5 лет)?

Программа WIC может помочь вашей семье. В рамках программы WIC семьям в штате Нью-Йорк бесплатно предоставляются здоровые продукты питания, полезная информация о питании и здоровье, поддержка при грудном вскармливании и направления в медицинские и социальные службы.

Чтобы узнать адрес ближайшей клиники WIC, позвоните по телефону 1-800-522-5006.

Дополнительную информацию о программе WIC можно найти на сайте

**[www.health.ny.gov/prevention/nutrition/wic/](http://www.health.ny.gov/prevention/nutrition/wic/)**

### **Безбумажная документация**

---

Для упрощения управления своей учетной записью

переходите на безбумажные документы. Когда вы используете безбумажные документы, все ваши важные уведомления хранятся в одном надежном месте в Интернете и доступны вам в любой момент. Мы будем отправлять вам электронное письмо каждый раз, когда в вашей учетной записи NY State of Health будет появляться новое уведомление. Чтобы прочитать уведомления, вы должны войти в свою учетную запись. Наши электронные письма не содержат никакой личной или конфиденциальной информации.

Если вы хотите перейти на безбумажную документацию, войдите в свою учетную запись и выберите пункт «Edit Account Information» (Изменить информацию об учетной записи). В разделе «Communication Preferences» (Предпочтительный способ связи) выберите пункт «Paperless» (Безбумажная документация), чтобы получать оповещения по электронной почте при появлении новых уведомлений в вашей учетной записи NY State of Health. Вы можете в любой момент отказаться от этого выбора.

Важно, чтобы в вашей учетной записи был указан правильный адрес. Проверьте, что в NY State of Health

указан ваш текущий почтовый и домашний адрес. Если у нас не будет вашего текущего адреса, это может отразиться на страховке для вас или вашей семьи.

## **Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)**

---

Штат Нью-Йорк заботится о защите конфиденциальности вашей информации. Чтобы больше узнать о том, как NY State of Health обеспечивает конфиденциальность данных, перейдите на сайт **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** или позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**.

## **Уведомление о политике недопущения дискриминации**

---

NY State of Health соблюдает действующие федеральные законы о защите гражданских прав и законы штата и не допускает дискриминации на основе расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, вероисповедания и религии, пола, возраста, семейного положения, инвалидности, регистрации арестов, судимости,

гендерной идентичности, сексуальной ориентации, генетической предрасположенности, военного статуса, статуса жертвы семейно-бытового насилия и/ или преследования.

Если вы считаете, что NY State of Health допустил в отношении вас дискриминацию, вы можете подать жалобу на сайте

**[www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)** или отправить жалобу в Diversity Management Office на адрес электронной почты **[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)**.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в электронном виде в U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights на сайте

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>** или по телефону или почтой по адресу: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Формы для подачи жалобы можно получить на сайте **[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.

## Специальные услуги

---

NY State of Health предоставляет бесплатную помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, чтобы они могли эффективно общаться с нами, например:

- услугу ТТУ через New York Relay Service
- Незрячие люди и люди с серьезными нарушениями зрения, которым требуются уведомления или другие печатные материалы в альтернативном формате (крупный шрифт, аудиозапись, компакт-диск с данными или печать шрифтом Брайля), должны позвонить по телефону 1-855-355-5777 (ТТУ: 1-800-662-1220).

NY State of Health также предоставляет бесплатные услуги языковой поддержки для людей, чей основной язык не является английским, например:

- Квалифицированных переводчиков
- Печатную информацию на других языках

Если вам требуются эти услуги или вы хотите получить более подробную информацию о специальных услугах, позвоните по телефону 1-855-355-5777 (ТТУ: 1-800-662-1220).

Вы можете получить помощь в прочтении этого уведомления на английском или другом языке или получить это уведомление в другом формате. Позвоните нам по телефону 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)

## **Getting Help in a Language Other than English**

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali  
Vietnamese  
Japanese  
Greek  
Tagalog  
Somali  
Yiddish  
Swahili  
Twi

PO Box 11775  
Albany, NY 12211

P.O Box 11775  
Albany, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

02 desanm 2025

[REDACTED]

## **AVI ENPÒTAN SOU ENSKRIPSYON NAN PLAN OU A**

[REDACTED]

Avi sa a gen pou wè a asirans sante sante ou nan NY State of Health apatide dat 01 desanm 2025.

**Si nenpòt nan enfòmasyon enskripsyon ki endike anba la a pa kòrèk, tanpri rele nou touswit.**

### **ENSKRI NAN AN EPP PLAN:**

---

Non Plan an: Essential Plan 1

Konpayi Asirans: Healthfirst

Kalite Plan: Medikal ak Swen Dan ak Swen Zye

Shi

## **Manm**

---

[REDACTED]

[REDACTED]

## **Enfòmasyon sou Pwoteksyon**

---

Prim ou: \$ 0 (gratis) chak mwa

Dat Kòmansman Enskripsyon: 01 janvyè 2026

## **ENSKRI NAN AN EPP PLAN:**

---

Non Plan an: Essential Plan 1

Konpayi Asirans: Healthfirst

Kalite Plan: Medikal ak Swen Dan ak Swen Zye

Shi

## Manm

---

[REDACTED]

[REDACTED]

## Enfòmasyon sou Pwoteksyon

---

Prim ou: \$ 0 (gratis) chak mwa

Dat Kòmansman Enskripsyon: 01 janvye 2026

## **ENSKRI NAN A CHILD HEALTH PLUS PLAN:**

---

Non Plan an: Healthfirst PHSP, Inc

Konpayi Asirans: Healthfirst PHSP, Inc

Kalite Plan: Medikal ak Swen Dan

Shi

## Manm

---

[REDACTED]

[REDACTED]

## **Enfòmasyon sou Pwoteksyon**

---

Prim ou: \$ 0 (gratis) chak mwa

Dat Kòmansman Enskripsyon: 01 janvye 2026

Dat Kòmansman Sibvansyon an: 01 janvye 2026

Si ou gen yon prim mansyèl, ou ap resevwa yon bòdwo nan plan sante ou la. Ou dwe peye prim mansyèl la pou kòmanse epi konsève kouvèti asirans ou a. Ou ap resevwa enfòmasyon sou avantaj yo ak sou kat idantifikasyon plan sante ou la dirèkteman nan men plan sante ou la.

### **Enfòmasyon enpòtan sou prim Child Health Plus ou yo:**

- NY State of Health kalkile prim ou selon taks kay ou. Timoun ki abite nan menm kay la ka gen diferan montan prim.
- Pou fanmi ki peye yon prim pri redwi epi ki gen plis pase twa (3) timoun ki enskri nan Child Health Plus, prim chak mwa a ap gen yon limit sou twa (3) timoun k ap viv nan menm kay la. Rè s timoun yo ap gen pwoteksyon men yo p ap gen okenn prim.
- Pa gen okenn limit pou timoun ki enskri nan yon plan peman konplè Child Health Plus. Sa aplike pou tout

fanmiki peye prim konplè plan Child Health Plus la.

Pou kesyon sou ki sèvis ak founisè swen sante ki bay kouvèti, tanpri rele konpayi asirans ou a nan:

### **Konpayi Asirans/ Non Plan an**

---

Healthfirst / Healthfirst Essential Plan 1

### **Telefòn:**

---

1-888-250-2220 TTY: 1-888-542-3821

### **Konpayi Asirans/ Non Plan an**

---

Healthfirst PHSP, Inc / Healthfirst PHSP, Inc

### **Telefòn:**

---

(866)463-6743 TTY: (888)542-3821

## **Enfòmasyon sou Fason pou Anile oswa Chanje Pwoteksyon ou nan NY State of Health**

---

### **Pou Anile Pwoteksyon Asirans ou**

Ou kapab anile pwoteksyon Asirans ou nan NY State of Health nenpòt ki lè. Ou kapab anile pwoteksyon asirans ou atravè NY State of Health pou tèt ou, pou tout moun lakay ou, oswa sèlman pou kèk moun lakay ou. Rele NY State of Health nan 1-855-355-5777 pou w jwenn plis enfòmasyon sou fason pou w anile pwoteksyon asirans ou.

### **Bagay Enpòtan pou w Konsidere Anvan ou Anile Pwoteksyon Asirans ou:**

- Pou Anile Qualified Health Plan (Plan Sante Kalifye) ou: Si ou anile pwoteksyon asirans ou pou tèt ou oswa yon lòt moun, ou p ap ka re-enskri nan pwochen peryòd Enskripsyon Lib chak ane a. Règ sa a pa aplike si ou kalifye pou yon peryòd Enskripsyon Espesyal (Special Enrollment period, SEP). Evènman lavi ki louvri yon SEP gen ladan lè ou marye oswa ou gen yon tibebe. Pou w jwenn plis enfòmasyon sou SEP yo [\*\*http://info.nystateofhealth.ny.gov/SpecialEnrollment Periods.\*\*](http://info.nystateofhealth.ny.gov/SpecialEnrollmentPeriods)

**ENPÒTAN:** Lè ou anile pwoteksyon asirans ou ak yon plan epi ou kòmanse ak yon nouvo plan nan menm ane a, tout responsablite ou genyen pou pataje depans pral rekòmanse ankò. Pa egzanp, yo pa pral konte okenn peman ki te ale pou dediktib chak ane a pou ansyen plan w lan nan nouvo plan an. Sa pral rive menm si nouvo plan an se ak menm konpayi a.

- Pou Anile Medicaid, Child Health Plus, Essential Plan (Plan Esansyèl), oswa Qualified Health Plan (Plan Sante Kalifye) ou: Ou p ap ka jwenn aksè nan sèvis yo ankò apre pwoteksyon ou fini.

**Tanpri Sonje:** Chanje pwoteksyon asirans ou se pa menm bagay ak anile pwoteksyon asirans ou. Si ou vle chanje plan epi ou pa vle fè okenn chanjman nan kont ou, rele NY State of Health pou w konnen si ou kalifye pou chanje plan epi chwazi yon plan diferan. Ou ka chanje enskripsyon nan Child Health Plus ak Essential Plan (Plan Esansyèl) nenpòt lè pandan ane a.

Si nenpòt bagay te chanje nan lavi ou ki te ka afekte pwoteksyon ou genyen ak sa ou peye pou asirans sante, ou dwe ale sou <http://www.nystateofhealth.ny.gov>. Konekte sou kont ou pou mete aplikasyon ou ajou ak nenpòt ki chanjman konsènan ou menm oswa moun lakay

ou yo. W ap jwenn kalite chanjman ki ka afekte kalifikasyon ou nan seksyon, “Reporting changes during the year” (Pou Deklare Chanjman pandan ane a), nan avi sa a.

## **Pou Deklare Chanjman pandan ane a:**

---

Nan ane k ap vini an, ou gen obligasyon pou deklare bay o NY State of Health nenpòt chanjman ki t ap afekte kalifikasyon ou pou enskri nan yon asirans ante nan 30 jou apre chanjman an fèt la. Ou bezwen di nou si:

- Ou demenaje;
- Revni ou chanje (sèlman si w ap resevwa èd finansye);
- Kalifikasyon ou pou asirans sante nan yon travay chanje;
- Gen chanjman nan kay ou, pa eganp, ou marye/divòse, vin ansent, oswa gen timoun; adopte timoun oswa si yo plase timoun pou adopsyon ak ou;
- Ou vin kalifye pou lòt asirans;
- Chanjman nan estati aplentan etidyan (si gen etidyan nan kay la);
- Chanjman nan estati imigrasyon;
- Chanjman nan fason ou vle deklare taks ou, pa egzap, si ou pral deklare nouvo depandan (sèlman si w ap resevwa èd finansye).

Pou deklare chanjman yo, ou ka ale sou kont ou nan **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** oswa kontakte nou. Si ou pa deklare chanjman yo, epi chanjman yo afekte kalifikasyon ou pou prim kredi fiskal avanse, ou ka oblije remètj kèk oswa tout sibvansyon ou te resevwa yo.

## **Lòt Enfòmasyon sou Enskripsyon Plan pou Child Health Plus**

---

### **Pwochen etap pou enskri nan Child Health Plus:**

Ou pral resevwa yon bòdwo pou montan prim chak mwa a nan men plan sante a apre ou te chwazi yon plan pou pitit ou a. Ou p ap resevwa yon bòdwo si pitit ou kalifye pou Child Health Plus epi li pa gen yon prim.

Ou dwe peye prim chak mwa a pou kòmanse ak pou kenbe pwoteksyon asirans ou. Si ou pa peye prim nan a tan, pitit ou a ka pèdi asirans sante li. Sa a pa aplike si pitit ou kalifye pou Child Health Plus epi yo pa gen yon prim chak mwa.

Ou pral resevwa enfòmasyon sou avantaj yo, pwofesyonèl swen sante ki disponib yo, ak kat idantifikasyon plan sante ou a dirèkteman nan men plan sante ou.

## **Enskripsyon nan Child Health Plus**

Ou gen dwa chanje plan. Pou plis enfòmasyon sou lè ou ka chanje plan, oswa pou chanje plan, tanpri rele nou touswit.

Ou dwe renouvle elijibilite ou pou Child Health Plus chak ane. NY State of Health pral kontakte ou si nou bezwen enfòmasyon pou fini ak renouvèlman an.

## **Ki Avantaj ki Genyen?**

Ou pral resevwa yon pake avantaj nan men plan sante ou. Pake avantaj la pral kouvri plizyè kalite sèvis, tankou vizit kay doktè, swen lopital pasyan ki entène, tès laboratwa, medikaman preskripsyon ak medikaman vant lib ak plis toujou.

Pou nenpòt kesyon sou ki sèvis plan avantaj ou a garanti, tanpri rele plan sante ou dirèkteman.

Si pitit ou se yon manm yon tribi gouvènman federal la rekonèt, yo pral gen plis avantaj. Sa vle di ou pral peye mwens lè ou ale kay doktè oswa ou jwenn yon preskripsyon. Tanpri kontakte NY State of Health pou jwenn plis enfòmasyon.

# Lòt Enfòmasyon sou Enskripsyon Plan pou Plan Esansyèl

---

## Ki Avantaj ki genyen?

Ou pral resevwa yon pake avantaj nan men plan sante ou. Pake avantaj la pral kouvri plizyè kalite sèvis, tankou vizit kay doktè, swen lopital pasyan ki entène, tès laboratwa, medikaman preskripsyon ak medikaman vant lib ak plis toujou.

Pou nenpòt kesyon sou ki sèvis plan avantaj ou a garanti, tanpri rele plan sante ou dirèkteman.

## Pwochen etap pou enskri nan Plan Esansyèl la:

- Si ou menm oswa fanmi w kalifye pou li enskri nan yon Plan Esansyèl, men yo pa chwazi l, oswa li pa t enskri nan Plan Esansyèl konpayi asirans maladi ou gen kounye a ofri, ou dwe chwazi yon plan pou pwoteksyon ou an kòmanse. Si w pa chwazi yon plan, n ap chwazi youn pou ou.
- Konpayi asirans ou an ap voye kat idantifikasyon pou asirans maladi ou an ak lòt enfòmasyon sou avantaj yo. Epitou, l ap voye pwofesyonèl swen sante ki disponib nan rezo ou an pou ou.
- Ou dwe kontakte nouvo plan sante ou an pou w chwazi

Pwofesyonèl Swen Sante Primè ou an (Primary Care Provider, PCP). Si w ap chwazi yon nouvo doktè, rele biwo doktè a anvan pou asire w kabinè medikal la aksepte nouvo pasyan, epi l ap patisipe nan plan sante ou chwazi a.

### **Enskripsyon nan Essential Plan ou a**

- Ou gen dwa pou chanje plan. Pou plis enfòmasyon sou lè ou ka chanje plan, oswa pou chanje plan, tanpri rele nou touswit.
- Ou gen dwa pou mete fen nan asirans sante ou epi enskri nan yon lòt plan sante si ou anile kontra ou an nan 10 jou apre ou te enskri.
- Ou dwe renouvle kalifikasyon ou pou Essential Plan la chak ane. N ap kontakte ou si nou bezwen enfòmasyon pou ranpli renouvèlman an.

### **Enfòmasyon sou Sèvis Swen Alontèm:**

Moun ki kalifye pou Plan Esansyèl epi ki bezwen sèvis swen alontèm yo ta dwe kontakte NY State of Health nan 1-855-355-5777. Moun ki bezwen swen alontèm yo ka kalifye pou Medicaid si yo satisfè tout lòt kritè kalifikasyon yo.

## **Fason pou Chwazi yon Plan**

---

Konekte sou kont NY State of Health ou pou:

- Konnen si ou oblije chwazi yon plan
- Konpare plan sante yo
- Gade pou kisa ou kalifye
- Gade plan ki disponib yo
- Si ou pa gen aksè entènèt epi ou vle chwazi yon plan nan telefòn, rele NY State of Health nan 1-855-355-5777.

Sonje: Ou dwe chwazi yon plan nan 15zyèm jou nan mwa a pou pwoteksyon ou kòmanse nan premye jou mwa ki vini apre a. Pifò moun dwe enskri pandan peryòd Enskripsyon Lib la (fen sezon otòn chak ane).

## **Fason pou Kontakte NY State of Health**

---

Kontakte nou si ou gen nenpòt kesyon sou lèt sa a. Fè nou konnen si ou bezwen èd pou aplike pou oswa pou jwenn asirans sante ou. Ou ka kontakte nou nan nenpòt nan fason sa yo:

- **Lè w rele:** 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)
- **Pa lapòs nan:**

NY State of Health  
PO Box 11727  
Albany, New York 12211

Ak tout senserite,

**NY State of Health, Mache Plan Sante Ofisyèl la**

### **Referans Legal:**

---

W ap jwenn anba a yon lis ak lwa ak regleman gouvènman espesifik ki bay NY State of Health otorite a epi ki etabli règ ki pèmèt nou ofri asirans sante bon mache pou rezidan Eta New York yo.

PHL 2511 (6) (a) se otorite jeneral Komisyonèl a pou etabli estanda pou enskripsyon moun tankou mekanis pou kalifikasyon prezime ak re-sètifikasyon anyèl.

PHL 2511 (2) kontwole kritè kalifikasyon CHPlus yo dwe satisfè pou yo ka enskri nan pwogram sibvansyone a.

- Ou ka jwenn estanda kalifikasyon pou enskri nan NY State of Health yo nan 45 CFR §155.305.

Desizyon sa a baze sou Seksyon 369-ii nan Lwa Sèvis

Sosyal yo.

## **Sispann Itilize Papye**

---

Rann zafè jere kont ou an pi fasil lè w sispann itilize papye. Lè w sispann itilize papye, tout avi enpòtan w yo prale yon sèl kote ki an sekirite epi ou kapab li yo sou entènèt nenpòt lè. Nou pral voye yon alèt imèl ba ou lè yon nouvo avi disponib pou w li sou kont NY State of Health ou an. Ou dwe konekte nan kont ou an pou w ka wè avi ou yo. Nou pa pral mete okenn enfòmasyon prive oswa sekrè nan imèl la.

Si w vle sispann itilize papye, konekte nan kont ou an epi klike sou “Edit Account Information” (Chanje Enfòmasyon Kont). Anba “Communication Preferences” (Preferans Kominikasyon), chwazi “Paperless” (Pa itilize papye) pou w jwenn alèt imèl yo lè yo afiche nouvo avi yo nan kont NY State of Health ou an. Ou gen opsyon pou chanje chwa sa a nenpòt lè.

Li vrèman enpòtan pou adrès ou kòrèk nan kont ou. Asire w NY State of Health gen bon adrès postal ou ak adrès kay ou. Sa ka afekte pwoteksyon asirans fanmi ou si nou pa gen adrès ou ye kounye a.

## **Transferabilite ak Responsablite Asirans Sante (HIPAA)**

---

Eta New York pran angajman pou pwoteje enfòmasyon prive ou. Pou jwenn plis enfòmasyon sou prensip pwoteksyon enfòmasyon prive NY State of Health, ale sou **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** oswa rele sèvis kliyantèl nan **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)**.

## **Avi Konsènan Regleman Kont Diskriminasyon**

---

NY State of Health konfòme li ak lwa dwa sivik Federal ak lwa eta epi li pa fè diskriminasyon ki baze sou ras, koulè, orijin nasyonal, kwayans/relijyon, sèks, laj, eta sivil/familyal, andikap, kondisyon ki gen rapò ak gwosè, dosye arestasyon, kondanasyon kriminèl, idantite seksyèl, oryantasyon seksyèl, pre-dispozisyon karakteristik jenetik, eta militè, viktim vyolans domestik ak/oswa revanch.

Si ou kwè NY State of Health te fè diskriminasyon kont ou, ou ka depoze yon plent lè ou ale nan **[www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)** oswa voye yon imèl Diversity Management Office nan **[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)**.

Answit ou ka depoze yon plent konsènan dwa sivik ak

U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights pa mwayen elektwonik nan

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>**

oswa pa lapòs oswa nan telefòn nan U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697). Fòm pou pote plent yo disponib nan

**[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)**.

## **Akomodasyon**

---

NY State of Health ofri èd ak sèvis gratis pou moun ki gen andikap pou kominike byen avèk nou, tankou:

Ofri èd ak sèvis gratis pou moun ki gen andikap pou kominike byen avèk nou, tankou:

- TTY atravè New York Relay Service
- Si ou avèg oswa ou gen gwo difikilte pou wè epi ou bezwen avi oswa dkiman nan yon lòt fòm (gran ekriti, odyo oswa CD done, oswa Bray), kontakte 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

Epitou, NY State of Health ofri sèvis asistans lang gratis pou moun ki pa pale angle byen tankou:

- Entèprèt ki kalifye
- Enfòmasyon ekri nan lòt lang

Si ou bezwen sèvis sa yo oswa pou plis enfòmasyon sou Akomodasyon Rezonab, tanpri rele 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220).

**Rele NY State of Health nan nimewo 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220) pou jwenn èd nan lòt lang oswa pou ede ou li avi sa a. Avi sa a disponib nan lòt fòma tou. Rele pou jwenn plis enfòmasyon. Pou jwenn yon navigatè oswa yon asistans aplikasyon sètifye, ale sou sitwèb <https://www.nystateofhealth.ny.gov> oswa rele nou.**

## **Getting Help in a Language Other than English**

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775  
Albany, NY 12211

P.O Box 11775  
Albany, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

13 November, 2025

[REDACTED]

## **Aap ke plan mein indraaj ke mutaliq ahem notice**

Yeh notice zail mein fehrist kardah fard(afrad) ke liye NY State of Health ke zariye health insurance coverage se mutaliqa hai.

[REDACTED]

[REDACTED]

### **NY STATE OF HEALTH ki janib se ki gayi karwaiyan**

---

Aap ki **CDPHP** ki haamil Child Health Plus coverage morakhah **01 November 2025** se khatam ho gayi hai.

Aap ki coverage ikhtitam pazeer ho rahi hai kyunke yeh plan sirf un afraad ke liye dastiyaab hai jo 65 saal se kam umar hain.

## **Aap ko aage kya karna ho ga?**

---

Yeh dekhne ke liye ke aaya aap Child Health Plus ki policy mein dobara indaraj ke liye ahil hain, apne account mein log in karein aur apni darkhwast ko update karein.

## **NY State of Health se rabta kaise kiya jaye**

---

**Phone:** 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)

**Online:** [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)

### **Daak:**

NY State of Health

PO Box 11727

Albany, NY 12211

## **Iss ittila naame ke hawale se madad kaise haasil ki jaye**

---

Iss notice ko english ya doosri zubanon mein parhne ke liye, ya doosre formats jaise ke bara print Mein mustaqbil ke notices hasil karne ke liye 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220) par NY State of Health ko call karein.

Apne qareeb kisi tarbiyat yafta, ya tasdeeq shuda muawin ko talash karne ke liye humein call karein ya <https://www.nystateofhealth.ny.gov> par jaein.

## **Kaaghaz ke baghair jayein**

---

Kaaghaz istemal kiye baghair apne account ka nazm karna aasan tar banayein. Kaaghaz istemal kiye baghair, aap ke tamam ahem ittila name aik mehfooz jagah par honge aur aap kisi bhi waqt apne notices ko online parh sakte hain. Aap ke NY State of Health account par jab koi naya ittila name parhne ke liye dastiyab hoga to hum aap ko aik intibahi email bhejenge. Apne ittila name ko dekhne ke liye aap ko laaziman apne account mein log in karna hoga. Hum email mein koi niji ya raazdaarana maloomat shamil nahi karen ge.

Agar aap kaaghaz ko istemal nahi karna chahte, to apne account mein log in hon aur 'Account ki maloomat mein tarmeem karein' par click jab aap ke NY State of Health mein naye ittila name post hon to intibahi email hasil karne ke liye murasalati tarjeehat" mein, "kaaghaz ke baghair" ko muntakhib karein. Aap ko is intikhab ko kisi bhi waqt tabdeel karne ka ikhtiyar hasil hai.

Yeh zaroori hai ke aap ke account mein aap ka durust

pata darj ho. Iss baat ko yaqini banayein ke NY State of Health ke paas aap ke mojudaa daak aur rehaish gaah ke pate hon. Agar hamare paas aap ka mojudaa pata na ho to aap ya aap ke khandan ki coverage mutasir ho sakti hai.

## **Bima sehat ki intiqal paziri aur ehtesab ka act (HIPAA)**

---

Riyasat New York aap ki raazdaari ki hifazat ke liye pur-azm hai. NY State of Health ke raazdaari ke tareeqon ke baare mein mazeed jan'ne ke liye

<https://www.nystateofhealth.ny.gov> par jayein par ya customer service ko **1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)** par call karen.

## **Ghair imtiazi sulook karne ki policy ka ittila nama**

---

NY State of Health qabil-e-nafiz shehri huqooq ke wifaqi qawaneen aur riyasati qawaneen ki ta'meel karta hai aur nasal, rang, qaumi wabastagi, aitqaad/mazhab, jins, umar, shadi/khandani haisiyat, mazoori, hamal se mutaliq halaat, giraftari ke record, mujrimana sargarmi(sargarmiyon), jinsi shanakht, jinsi meelan, muafiqana jinayati khususiyaat, fauji haisiyat, gharelu tashaddud ke mutasira aur/ya muzaahimat ki haisiyat ki bunyaad par imtiaz nahi karta.

Agar aap samajhte hain ke NY State of Health ne aap ke khilaf imtiazii sulook rava rakha hai, to aap darj zail par ja kar shikayat kar sakti hein

**[https://www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints](https://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints)** ya Diversity Management Office ko **[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)** par email kar sakti hein.

Aap U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ko

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>** par barqiyati tor par shehri huqooq ki shikayat kar sakte hain ya U.S. Department of Health and Human Services ko 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Washington D.C 20201; 1-800-368-1019 (TTY:1-800-537-7697) par ba zariye daak ya phone karte hue kar sakti hein. Shikayati forms **<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>** par dastiyab hain.

## **Sahuliyat**

---

NY State of Health humare saath moasar tareeqay se baat cheet karne ke liye mazoor afraad ko muft muawinati aalaat aur khidmaat sahuliyat faraham karti hai, jaise:

- TTY ba zariye NY State of Health
- Agar aap naabina hain ya shadeed basri ma'zoori ka

shikar hain aur aap ko notices aur doosri tehreeri amwaad mutabadil formats (bara print, audio ya data CD ya bluray mein darkaar hain to, raabta karein 1-800-662-1220 (TTY: 1-855-355-5777)

NY State of Health inn logon ko muft lisani muawinat faraham karti hai jin ki bunyadi zubaan english nahi hai, yeh mandarja zail zariye se kiya jata hai:

- Ahl-e-Mutarjimeen
- Doosri zubanon mein tehreeri maloomat

Agar aap ko yeh services darkaar hon ya mozon sahuilyat ke mutaliq mazeed maloomat ke liye barah-e-karam call karein 1-800-662-1220 (TTY: 1-855-355-5777).

## **Getting Help in a Language Other than English**

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el

idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775  
Albany, NY 12211

P.O Box 11775  
Albany, NY 12211

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

18 nufimbir 2025

[REDACTED]

## **mulahazat muhimat bishan khutat tasjilik**

hadha al'iikhtar yataealaq bitaghtiat taminik alsihiyi min khilal Health of State NY lilfard 'aw al'afrad almudarijin fi alqayimat altaaliati.

[REDACTED]

[REDACTED]

## **al'iijra'at alati tatakhidhuha NY STATE OF HEALTH**

---

taghtiat taminik alsihiyi lisanat fi **200-250 ESSENTIAL PLAN** mae **Anthem Blue Cross and Blue Shield HP** satantahi fi **30 nufimbir 2025**.

tatalaqa hadhih alrisalat li'anak lam taeud muahalan  
liltasjil fi 250-200 Essential Plan. walaqad 'arsal lak  
'ikhtaran munfasilan bishan 'ahlitik lilkhataati.

## **ma tahtaj 'iilayh baedaha**

---

sajal aldukhul 'iilaa hisabik waikhtar khutata. lan tabda  
taghtiatuk alsihyat hataa takhtar khutatan.

## **kayfiat aliatisal bi NY State of Health**

---

**alhatifi:** 1-855-355-5777 (TTY: 1-800-662-1220)

**eabr al'iintirnti:** [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)

**albarid:**

NY State of Health

PO Box 11727

Albany, NY 12211

## **kayf tahsul ealaa musaeadat bikhusus hadha al'iikhtar**

---

atasal b NY State of Health ealaa alraqm 1-855-355-5777

(alhatif alnisiyu TTY: 1-800-662-1220) ilhusul ealaa  
almusaeadat fi qira'at hadha al'iikhtar biallughat al'iinjliziat

'aw balaghat 'ukhrra 'aw lilhusul ealaa 'iikhtarat mustaqbaliat bitansiqaat 'ukhrra mithl altibaeat bihuruf kabiratin. atasil bina 'aw antaqal 'iilaa [www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov) lileuthur ealaa musaeid muetamad wmudrb bialqurb manki.

## **min 'ayn nahsul ealaa sultatina**

---

fima yali qayimat bialqawanin walnuzum alhukumiat almukhasasat alati tamnah alsultat li'iidarat NY State of Health, watuhadid alqawaeid alati yumkinuna bimujibiha taqdim khidmat altaamin alsihiyi lilsukaan almuqimin biwilayat New York State.

- yastanid hadha alqarar 'iilaa allaayihat alfidraliat 45CFR155.430(b)(1).

## **aliastighna' ean al'awraq**

---

aijeal 'iidarat hisabik 'ashal min khilal alaistighna' ean aistikhdam al'awraqi. min khilal alaistighna' ean aistikhdam alwaraq, satakun jamie 'iishearatik almuhimat fi makan wahid amin wayumkinuk qira'at 'iishearatik eabr al'iintirnit fi 'ayi waqt. sanursil 'iilayk tnbyhan eabr albarid al'iiliktrunii eind tawafur 'iishear jadid liqira'atih ealaa hisabik fi NY State of Health yajib ealayk tasjil aldukhul 'iilaa hisabik lieard al'iishearat alkhasat bika. lan naqum bitadmin 'ayi maelumat khasat 'aw siriyat fi albarid al'iiliktruni.

'iidha kunt turid 'an tastaghni ean al'awraqi, faqum bitasjil aldukhul 'iilaa hisabik wanqir ealaa "Edit Account Information" (taedil maelumat alhisabi). dimn "Communication Preferences" (tafdilat alatisali), akhtar "Paperless" (blan waraq) lilhusul ealaa 'iishearat eabr albarid al'iiliktrunii eind nashr 'iishearat jadidat ealaa hisabik fi NY State of Health . ladayk alkhiar fi taghyir hadha alaikhtiar fi 'ayi waqt .

min almuhimi 'an yakun aleunwan almudaraj fi hisabik enwanan shyhan. ahris ealaa 'iielam NY State of Health bieunwanik albaridii walsakanii alhaliayna. qad tata'athar altaghtiat alati tahsul ealayha 'ant 'aw 'usratuk 'iidha lam yakun ladayna eunwanuk alhaliu.

## **qanun 'iikhdae altaamin alsihiyi liqabiliat alnaql walmuhasaba (HIPAA)**

---

taltazim New York State bihimayat khususiatika. yumkinuk maerifat almazid ean mumarasat NY State of Health almutaealiqat bialkhususiat ean tariq ziarat almawqie al'iiliktrunii **[www.nystateofhealth.ny.gov](http://www.nystateofhealth.ny.gov)** 'aw aliatisal bikhidmat aleumala' ealaa alraqm **1-855-355-5777 (alhatif alnisiyi TTY: 1-800-662-1220)**

## 'iikhtar bisiasat eadam altamyiz

---

alwilayat wala tumayiz ealaa 'asas aleiraq 'aw allawn 'aw al'asl alqawmii 'aw aleaqidat / aldiyn 'aw aljins 'aw aleumr 'aw alhalat alaijtimaeiat / al'usariat 'aw al'iieaqat 'aw alshurut almutaealiqat bialhaml 'aw sijil alhabsa, 'aw al'iidana (al'iidanati) aljinayiyati, 'aw alhuiat aljinsiatsu, 'aw altawajuh aljinsii, 'aw alkhasayis aljiniat almuhyayati, 'aw alwade aleaskarii, 'aw dahaya aleunf almanzili w / 'aw alaintiqami.

'iidha kunt taetaqid 'ana NY State of Health qad marasat altamyiz didaka, yumkinuk taqdim shakwaa ean tariq alaintiqal 'iilaa:

**[www.health.ny.gov/regulations/discrimination\\_complaints/](http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/)** 'aw bi'iirsal risalat barid 'iiliktruniin 'iilaa Diversity Management Office min khilal **[DMO@health.ny.gov](mailto:DMO@health.ny.gov)**.

yumkinuk aydan taqdim shakwaa 'iilikturniat mtellqt bialhaqi almadanii 'iilaa U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ealaa almaswqie **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>** 'aw ean tariq albarid 'aw alhatif bimurasilat U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

(alhatif alnisiyi TTY: 1-800-537-7697) 800-368-1019.  
tatawafar namadhij alshakawaa ealaa almawqie  
[www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## **altartibat altashilia**

---

tuafar NY State of Health musaeadat wakhadamat  
majaaniat lil'ashkhas dhawi alaihtiajat al khasat liltawasul  
maeana bshkl feeal, mithla:

- hatif alnasiyu min khilal khidmat niuyurk New York Relay Service
- fa'iidha kunt kafifan 'aw daeif albasar bishakl hadin watahtaj 'iilaa 'an takun almulahazat 'aw almawadu almaktubat al'ukhrra bisighat badila (mathla: altibaeat bikhati kabiri, 'aw 'ustuanat alsawt 'aw al bayanati, 'aw tariqat brayil, yurjaa aliatisal bialraqm 1-855-355-5777 (alhatif alnisiyi TTY: 1-800-662-1220).

kama tuafir NY State of Health khadmat almusaeadat  
allughawiat almajaaniat lil'ashkhas aladhin la  
yatahadathun al'iinjiliziat kalighat 'uwlaa, watatamathal fi:

- mutarjimin alfawriyn almuahalin
- elumat kitabiat balaghat 'ukhrra

'iidha kunt bihajat 'iilaa hadhih alkhadamat 'aw lilmazid min

almaelumat hawl Reasonable Accommodations, fatasil bialraqm 1-855-355-5777 (alhatif alnisiyi TTY: 1-800-662-1220).

## **Getting Help in a Language Other than English**

---

This is an important document. If you need help to understand it, please call 1-855-355-5777. We can give you an interpreter for free in the language you speak.

**Español (Spanish)** Este es un documento importante. Si necesita ayuda para entenderlo, llame al 1-855-355-5777. Podemos proporcionarle gratuitamente un intérprete en el idioma que habla.

**Français (French)** Ceci est un document important. Si vous avez besoin d'aide pour le comprendre, appelez le 1-855-355-5777. Nous pouvons vous offrir gratuitement les services d'un interprète qui parle votre langue.

The following languages are not represented in Largeprint.

Hindi

Albanian

Nepali

Vietnamese

Japanese

Greek

Tagalog

Somali

Yiddish

Swahili

Twi

PO Box 11775

Albany, NY 12211