

CNS Paragraph Form

Date: 03.08.04

Program Area 03 (01=PA, 02=FS, 03=MA, 04=HP)
Paragraph Number R0033
Version Number 00001
Effective Date 2004 (YYMMDD)
Title Cover Letter For FPBP Renewal Form
Comment
Reason Code

**FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM
RENEWAL FORM**

THIS NOTICE CONTAINS IMPORTANT RENEWAL INFORMATION FOR THE FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM. FAILURE TO RETURN THIS INFORMATION WILL MEAN YOU WILL LOSE YOUR HEALTH CARE COVERAGE.

Every 24 months, you or your representative must renew your eligibility for the Family Planning Benefit Program. You must provide the information that follows and return it **with this letter** and certain documentation to the following address by **(date)**.

You must send proof of your current income, childcare costs, if any, and other changes that have occurred in your household in the past two years, such as someone started to get other health insurance coverage from an employer. The enclosed "Documentation Checklist" shows you the things you can use as proof of these items.

If you want to be evaluated for Medicaid and Family Health Plus coverage, contact your worker.

You may call the social services office for help with this form. The telephone number is at the top of this form.

Please write your case number, which is at the top of this form, on the application form, in the box at the top that says "Tell us who you are and how to contact you".

MAKE SURE YOU ANSWER EVERY QUESTION NEEDED FOR THE FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM AND SIGN THE FORM. RETURN THE FORM , THIS LETTER, AND THE DOCUMENTATION BY MAIL OR IN PERSON TO THE SOCIAL SERVICES OFFICE. YOU DO NOT NEED TO COME IN FOR AN INTERVIEW.

BE SURE TO COMPLETE THE BACK OF THE FORM.

FORMULARIO DE RENOVACION DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

ESTA NOTIFICACION CONTIENE INFORMACION IMPORTANTE SOBRE LA RENOVACION DE SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE BENEFICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR. SI USTED NO NOS DEVUELVE EL FORMULARIO CON LA INFORMACION REQUERIDA, PERDERA SU COBERTURA DE ASISTENCIA MEDICA.

Cada 24 meses, usted (o su representante) debe renovar su habilitacion para seguir participando en el Programa de Beneficios de Planificacion Familiar. Debe proporcionarnos la informacion indicada a continuacion, la que deberemos tener de regreso, junto con **esta carta** y otros documentos, en la siguiente direccion, a mas tardar el dia **(fecha)**.

Debe enviarnos comprobantes de sus ingresos actuales, gastos por cuidado de niños, si los tiene, y cualquier otro cambio ocurrido en su hogar en los últimos dos años, desde el como por ejemplo, que alguien haya comenzado a recibir cobertura medica por parte de un empleador. La "Lista de verificacion de documentacion" le indica lo que puede usar como comprobante.

Si desea que se le evalúe para cobertura de Medicaid y Family Health Plus, pongase en contacto con su trabajador(a) de casos.

Si necesita ayuda para llenar este formulario, puede llamar a la oficina de servicios sociales. El número de teléfono aparece en la parte superior de este formulario.

Por favor, escriba su número de caso (que aparece en la parte superior de este formulario) en el formulario de solicitud, en el casillero donde dice "Díganos quien es usted y como contactarnos con usted".

ASEGURESE DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS NECESARIAS PARA EL PROGRAMA DE BENEFICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y FIRME EL FORMULARIO. DEVUELVA EL FORMULARIO, ESTA CARTA Y LA DOCUMENTACION, POR CORREO O EN PERSONA, A LA OFICINA DE SERVICIOS SOCIALES. NO ES NECESARIO QUE USTED VENGA PARA UNA ENTREVISTA.

FAVOR DE COMPLETAR EL REVERSO DEL FORMULARIO.