

Importante

Opciones de avisos disponibles para solicitantes con ceguera o problemas de la vista

Si usted tiene ceguera o algún problema de la vista y necesita información en un formato alternativo, marque el tipo de correo que quiera recibir de nuestra parte.

Le pedimos que presente este formulario con su solicitud.

- Aviso estándar y aviso en letra de molde grande
- Aviso estándar y aviso en CD de datos
- Aviso estándar y aviso en CD de audio
- Aviso estándar y aviso en braille, si indica que ninguno de los otros formatos alternativos sería igual de eficaz para usted

Si necesita otras adaptaciones, comuníquese con el servicio social de su distrito.

LAS SOLICITUDES DE BENEFICIOS ADMINISTRADOS POR EL NEW YORK STATE MEDICAID PROGRAM (PROGRAMA DE MEDICAID DEL ESTADO DE NUEVA YORK) (INCLUYENDO MEDICARE SAVINGS PROGRAM [PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE] Y FAMILY PLANNING BENEFIT PROGRAM [PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR]) ESTÁN DISPONIBLES EN LETRA DE MOLDE GRANDE Y EN FORMATOS DE DATOS. LAS VERSIONES EN AUDIO Y EN BRAILLE ESTÁN DISPONIBLES ÚNICAMENTE PARA FINES INFORMATIVOS.

Firma del solicitante adulto o del representante autorizado del solicitante

Fecha

Nombre y apellido del solicitante en letra de molde