

Importante

Opciones disponibles de avisos para solicitantes ciegos o que tengan problemas de la vista

Si usted es ciego o tiene problemas de la vista y necesita información en un formato alternativo, marque el tipo de correo que desea recibir de nuestra parte. Le pedimos que entregue este formulario con su solicitud.

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

Si necesita otras adaptaciones, comuníquese con servicios sociales de su distrito.

LAS SOLICITUDES DE BENEFICIOS ADMINISTRADOS POR EL PROGRAMA MEDICAID DEL ESTADO DE NUEVA YORK (INCLUIDO EL PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE Y EL PROGRAMA DE BENEFICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR) SE ENCUENTRAN DISPONIBLES EN LETRA GRANDE Y EN FORMATO 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