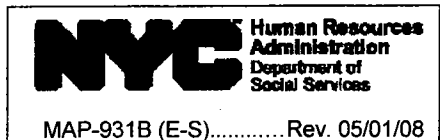


**AGREEMENT TO PARTICIPATE IN THE MEDICAID PAY-IN PROGRAM**



I have read the Explanation of the Pay-In-Program (Form MAP-931A) and I want to become Medicaid-eligible by Paying-In the amount of my excess income.

**Medical Assistance Program**

Check the box, which best describes the level of your participation.

- I want to participate in the Pay-In-Program by Paying-In six months of my excess income at a time. I understand that by paying for six months, I will receive both Inpatient and Outpatient coverage.
  
- I want to participate in the Pay-In-Program by Paying-In three months of my excess income at a time. I understand that I will receive Outpatient Community Care only.
  
- I want to participate in the Pay-In-Program by paying my excess income amount on a month-to-month basis. I understand that I will receive Outpatient Community Care only.

I understand that all medical bills must be submitted to the local Medicaid Office where I applied and the Medical Assistance Program will only use medical bills paid or incurred by me or a member of my family where legal financial responsibilities exists. I cannot submit any medical bills for Medicaid covered services received by myself or any member of my family who is in receipt of Medicaid coverage. I may submit bill for non-Medicaid covered medical services, including Medicaid co-payments.

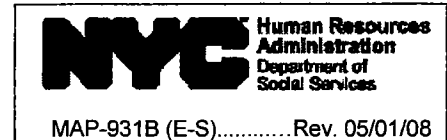
I want my initial Medicaid coverage to begin on the first of the month of \_\_\_\_\_.

Client's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Case Number or Social Security Number \_\_\_\_\_

Please bring this form to the Medicaid Office where you applied or mail it to the Medicaid Office using the enclosed postage-paid envelope. If you are making a payment, you can email this form to the Division of Account Receivable & Billing with your payment.

**ACUERDO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE CONTRIBUCIONES OPCIONALES DE MEDICAID**



He leído la explicación del Programa de contribuciones opcionales (Pay-In-Program) (Formulario MAP-931A) y quiero acceder a este programa de Medicaid haciendo las contribuciones opcionales por el monto que corresponda a mis ingresos excedentes.

Marcar el casillero que describa mejor su nivel de participación.

- Deseo participar en el Programa de contribuciones opcionales realizando las contribuciones por mis ingresos excedentes correspondientes a seis meses en un solo pago. Entiendo que al pagar la contribución correspondiente a seis meses, recibiré cobertura para internación y para servicios ambulatorios.
  
- Deseo participar en el Programa de contribuciones opcionales realizando las contribuciones por mis ingresos excedentes correspondientes a tres meses en un solo pago. Entiendo que solo recibiré cuidados ambulatorios comunitarios.
  
- Deseo participar en el Programa de contribuciones opcionales pagando el monto correspondiente a mis ingresos excedentes en forma mensual. Entiendo que sólo recibiré cuidados ambulatorios comunitarios.

Entiendo que todas las cuentas médicas deberán entregarse en la oficina local de Medicaid donde presenté la solicitud y el programa de Asistencia Médica (Medical Assistance Program) sólo utilizará las cuentas médicas que hayan sido pagadas por mí o por algún integrante de mi familia o que correspondan a gastos incurridos por mí o por un integrante de mi familia cuando existe responsabilidad financiera legal. No puedo presentar ninguna cuenta médica por servicios cubiertos por Medicaid recibidos por mí o por algún integrante de mi familia que tenga cobertura de Medicaid. Puedo presentar facturas de servicios médicos no cubiertos por Medicaid, incluyendo copagos de Medicaid.

Quiero que mi cobertura inicial de Medicaid empiece el primer día del mes de \_\_\_\_\_

Firma del cliente/ Client's Signature \_\_\_\_\_ Fecha/Date \_\_\_\_\_

Número de caso o Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Sírvase traer este formulario a la oficina de Medicaid donde usted presentó la solicitud o enviarla por correo a la oficina de Medicaid usando el sobre adjunto con franqueo pago. Si usted está efectuando un pago, puede enviar este formulario por correo electrónico con su pago a la División de cuentas a cobrar y facturación (Division of Accounts Receivable & Billing).