

**ملاحظة:** يُستخدم هذا المستند لتصحيح/تغيير المعلومات المدرجة في هذا النموذج. لتغيير معلومات ديموغرافية للمستهلك، يتم توجيه الموظفين إلى نموذج **MAP-751k** لطلب المستهلك/المزود لتغيير المعلومات الواردة في الملف (لا يلزم التوثيق).

اسم الحالة: \_\_\_\_\_

رقم الحالة: \_\_\_\_\_ :CIN \_\_\_\_\_

يرجى العلم بأنه سيتم إرسال إشعار الأهلية فيما يتعلق بالتغيير الذي طلبته.

تصحيح/تغيير المعلومات التالية (حدد جميع ما ينطبق)

إغلاق الحالة تمامًا

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

الإثبات المقبول

- توقيعات العميل و/أو الممثل على هذا النموذج

دمج الحالة

رقم الحالة الحالي: \_\_\_\_\_ مع الحالة رقم: \_\_\_\_\_

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

الإثبات المقبول

- توقيعات العميل و/أو الممثل على هذا النموذج

إجراءات حالات برنامج **MSSI**

تصحيح تغطية SSI

إعادة فتح حالة دخل الضمان التكميلي  
(Supplemental Security Income, SSI) مغلقة

تحديث/تغيير حالة SSI

تفعيل حالة SSI

رقم الحالة

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

الإثبات المقبول

- توثيق إدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration, SSA)
- طلب NY-DOH-4220، Access NY

تغيير عنوان الحالة

رقم الحالة:

اسم عنوان الحالة الجديد:

الإثبات المقبول

• خطاب من SSA

• أوراق الوصاية

• شهادة الميلاد

إضافة شخص إلى الحالة

الاسم: \_\_\_\_\_

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

الإثبات المقبول

• ACCESS NY، طلب DOH-4220

حذف شخص من الحالة

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

الإثبات المقبول

• توقيعات العميل و/أو الممثل على هذا النموذج

إخطار بالوفاة

لـ: \_\_\_\_\_

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

الإثبات المقبول

• شهادة الوفاة

تغيير في وضع الهجرة

من: \_\_\_\_\_

إلى: \_\_\_\_\_

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

الإثباتات المقبولة

• سجل الوصول والمغادرة I-94

• بطاقة الإقامة الدائمة (البطاقة الخضراء) I-551

• بطاقة تصريح العمل I-766؛

• إشعار إجراء يشير إلى الموافقة أو الطلب المعلق I-797

• دليل إثبات الإقامة الدائمة في الولايات المتحدة قبل 1 يناير 1972

• مستندات رسمية أخرى تحدد وجود تغيير في حالة الهجرة

بادر إلى ترقية الأهلية لتشمل العناية الشخصية/خدمات الرعاية طويلة الأجل الأخرى المجتمعية (CBLTC)/خدمات رعاية المسنين (NH)

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

الإثباتات المقبولة

• إثبات الدخل

• إثبات بالموارد (CBLTC): مستندات الموارد للشهر الحالي فقط وNH: مستندات الموارد الخاصة بالـ 60 شهرًا السابقة ووجود حاجة عاجلة لتلقي الخدمة)

• Access NY، الملحق أ الخاص بـ DOH-5178A

تقييم برنامج مدخرات Medicare (Medicare Savings Program, MSP)

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

الإثباتات المقبولة

• راجع المرفق MAP-628، ودليل مستندات برنامج مدخرات Medicare

ملاحظة: إذا تم إرسال المستندات المدرجة في MAP-628 بالفعل مع طلب التقدم لبرنامج Medicaid الخاص بك، فلن تحتاج إلى إرسال أي مستندات إضافية.

التحول - برنامج Medicaid (MA) وبرنامج Medicare للدخار (MSP)

"التحول من MSP إلى Medicaid"

التحول من حالة Medicaid إلى MSP

رقم الحالة: \_\_\_\_\_

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

الإثباتات المقبولة:

• Access NY، طلب DOH-422

• DOH-4328 طلب وبرنامج Medicare للدخار

تغييرات الميزانية

طفل أو بالغ ذو إعاقة (DAC)  شرح برنامج Buy-In من Medicaid للأشخاص العاملين ذوي الإعاقات (MBI-WPD)

الدخل الإجمالي المعدل المتغير (MAGI)  تعديل Pickle  تخفيض إنفاق الفائض

معيار الإسكان الخاص بعد الخروج من دار التمريض أو دار المسنين وتسجيل الرعاية طويلة الأمد المدارة

الحرمان من النفقة الزوجية  رفض الزوج  إعادة حساب ميزانية الحالة

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

الإثباتات المقبولة

• راجع المرفق MAP-751x دليل توثيق الميزانية

الفائض

التغطية بأثر رجعي: \_\_\_\_\_ التغطية المؤقتة: \_\_\_\_\_

تحديث/تصحيح التغطية: \_\_\_\_\_

رقم الحالة: \_\_\_\_\_

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

**الإثباتات المقبولة**

- راجع المرفق MAP-751x دليل توثيق تغيير الميزانية

الصندوق الائتماني المجمع

إعداد الميزانية لتقديم الصندوق الائتماني الجديد  ميزانية الودائع المتزايدة

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

**الإثباتات المقبولة**

- نسخة من اتفاقية الصندوق الائتماني المجمع المشترك
- نسخة التوكيل الرسمي (إذا كان ينطبق)
- إثبات الإيداعات التي تمت
- طلب الإعاقة أو صدور قرار بشأن الإعاقة للضمان الاجتماعي (التقرير الطبي لصدور قرار بشأن الإعاقة، النموذج LDSS-486T، النموذج LDSS-1151، مراجعة الإعاقة، النموذج MAP-751e، التفويض بالإفصاح عن المعلومات الطبية، OCA-960 نموذج الكشف بموجب قانون التأمين الصحي والقابلية للنقل والمحاسبة "HIPAA" الخاص للتفويض للإفصاح عن المعلومات الصحية الفردية)

إضافة أو حذف التأمين الصحي الخاص بالطرف الثالث

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

**الإثباتات المقبولة**

- إشعار بتأكيد التأمين الصحي MAP-404d
- إشعار بحذف التأمين الصحي الخاص بالطرف الثالث MAP-404e
- طلب بحذف التأمين الصحي "التجاري" الخاص بالطرف الثالث MAP-404g

التغطية

من: \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_

تفاصيل إضافية: \_\_\_\_\_

**الأدلة المقبولة**

- الفواتير الطبية

إجراءات الحالة في حال السجن

AC إلى IC - تعليق القضية بسبب السجن.

IC إلى AC - إلغاء تعليق القضية بسبب الخروج من المنشأة الإصلاحية.

تغيير غير مدرج في هذا النموذج

إذا كان التغيير الذي تطلبه غير مدرج في هذا النموذج، فقدم تفاصيل إضافية في المساحة المتوفرة أدناه:

---

---

التاريخ	التوقيع	الاسم (بأحرف واضحة)
التاريخ	التوقيع	اسم ممثل العميل (بأحرف واضحة)

هل تعاني من حالة طبية أو حالة تتعلق بالصحة العقلية أو إعاقة؟ هل تجعل هذه الحالة من الصعب عليك فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه؟ هل هذه الحالة تجعل من الصعب عليك الحصول على خدمات أخرى من إدارة HRA؟ يمكننا مساعدتك. اتصل بنا على الرقم **888-692-6116**. يمكنك طلب المساعدة أيضاً عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يحق لك طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة بموجب القانون.