

**KËRKESË E KONSUMATORIT/OFRUESIT PËR NDRYSHIMIN  
E INFORMACIONIT NË DOSJE  
(DOKUMENTACIONI I NEVOJSHËM)**

**Shënim:** Ky dokument duhet të përdoret vetëm për të korrigjuar/ndryshuar informacionin e listuar në këtë formular. Për të ndryshuar të dhënat demografike të konsumatorit, stafi këshillohet të përdorë [MAP-751k, Kërkesë e konsumatorit/ofruesit për ndryshimin e informacionit në dosje \(nuk kërkohet dokumentacion\)](#).

Emri i çështjes: \_\_\_\_\_

Numri i çështjes: \_\_\_\_\_ Numri i identifikimit të klientit (CIN): \_\_\_\_\_

**Kini parasysh se do t'ju dërgohet një njoftim për kualifikueshmërinë në lidhje me ndryshimin që keni kërkuar.**

**KORRIGJONI/NDRYSHONI INFORMACIONIN NË VIJIM  
(ZGJIDHNI TË GJITHA PËRGJIGJET QË VLEJNË)**

**Mbyllni çështjen plotësisht**

Detaje shtesë: \_\_\_\_\_

**Provë e pranueshme**

- Nënshkrimet e konsumatorit dhe/ose përfaqësuesit në këtë formular

**Kombinoni çështjen**

Numri aktual i çështjes: \_\_\_\_\_ Me numrin e çështjes: \_\_\_\_\_

Detaje shtesë: \_\_\_\_\_

**Provë e pranueshme**

- Nënshkrimet e konsumatorit dhe/ose përfaqësuesit në këtë formular

**Shtoni një individ në çështje**

Emri: \_\_\_\_\_

Detaje shtesë: \_\_\_\_\_

**Provë e pranueshme**

- DOH-4220, aplikimi për Aksesin në Nju-Jork (Access NY)

**Hiqni një individ nga çështja**

Detaje shtesë: \_\_\_\_\_

**Provë e pranueshme**

- Nënshkrimet e konsumatorit dhe/ose përfaqësuesit në këtë formular

**Njoftim vdekjeje**

Për: \_\_\_\_\_

Detaje shtesë:

**Provë e pranueshme**

- Certifikatë vdekjeje

**Ndryshim të statusit të imigracionit**

Nga: \_\_\_\_\_ Në: \_\_\_\_\_

Detaje shtesë: \_\_\_\_\_

**Prova të pranueshme**

- I-94 Dokumenti i mbërritjes/largimit
- I-551 Leje e përhershme qëndrimi (Green Card)
- I-766 Kartë për autorizim punësimi
- I-797 Njoftim për veprim që tregon miratimin ose shqyrtimin e aplikimit
- Dëshmi e banimit të vazhdueshëm në Shtetet e Bashkuara para datës 1 janar 1972
- Dokumente të tjera autorizuese që identifikojnë një ndryshim të statusit të imigracionit

**Përmirësoni kriterin e kualifikueshmërisë për të përfshirë shërbime të kujdesit personal/kujdesit afatgjatë të bazuar në komunitet (CBLTC)/shërbimet e qendrës së kujdesit infermieror (NH)**

Detaje shtesë: \_\_\_\_\_

**Prova të pranueshme**

- Vërtetim i të ardhurave
- Vërtetim i burimeve (CBLTC: Dokumentet e burimeve vetëm për muajin aktual dhe NH: Dokumentet e burimeve për 60 muajt e fundit dhe nevoja e menjëhershme për shërbimet)
- DOH-5178A, Suplementi A - Akses në Nju-Jork (Access NY Supplement A)

**Vlerësimi i Programit të Kursimeve Medicare (Medicare Savings Program (MSP))**

Detaje shtesë: \_\_\_\_\_

**Prova të pranueshme**

- Shikoni bashkëlidhur MAP-628j, Udhëzuesin e Dokumentacionit të Programit të Kursimeve Medicare (MSP)  
**Shënim:** Nëse dokumentet në MAP-628j janë dërguar tashmë me aplikimin tuaj për Medicaid, nuk është nevoja që të dërgoni asnjë dokument shtesë.

**Ndryshime buxheti**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fëmijë i rritur me aftësi të kufizuara (DAC)   | <input type="checkbox"/> Medicaid Buy-In për punonjësit me aftësi të kufizuara (MBI-WPD) |   |
| <input type="checkbox"/> Të ardhurat bruto të modifikuara të përshtatura (MAGI)   | <input type="checkbox"/> Pickle (person i cili nuk kualifikohet më)                      | <input type="checkbox"/> Reduktimi i shpenzimeve shtesë |
| <input type="checkbox"/> Standard i veçantë i strehimit pas daljes nga qendra e kujdesit infermieror ose nga qendra e strehimit dhe pas regjistrimit në kujdesin afatgjatë të menaxhuar |  |   |
| <input type="checkbox"/> Të ardhurat bashkëshortore   | <input type="checkbox"/> Refuzimi nga bashkëshorti/ja                                    |   |

Detaje shtesë: \_\_\_\_\_

**Prova të pranueshme**

- Shikoni bashkëlidhur Udhëzuesin e Dokumentacionit për Ndryshimin e Buxhetit MAP-751x

**Fondi i mirëbesimit me grumbullim**

Buxheti për dërgimin e një fondi të ri mirëbesimi

Buxheti për rritjen e depozitimeve

Detaje shtesë: \_\_\_\_\_

**Prova të pranueshme**

- Kopje e marrëveshjes suaj të fondit të përbashkët të mirëbesimit me grumbullim
- Kopje e prokurës (nëse ka)
- Vërtetim i depozitimeve të kryera
- Përcaktimi i aftësisë së kufizuar nga Sigurimet Shoqërore ose Kërkesë për aftësinë e kufizuar (LDSS-486T, Raporti mjekësor për përcaktimin e aftësisë së kufizuar, LDSS-1151, Shqyrtimi i aftësisë së kufizuar, MAP-751e, Autorizim për publikimin e informacionit mjekësor, OCA-960, Autorizim për zbulimin e informacionit shëndetësor personal, Formulari i publikimit HIPAA)

**Shtoni ose hiqni sigurimin shëndetësor të palës së tretë**

Detaje shtesë: \_\_\_\_\_

**Prova të pranueshme**

- MAP-404d, Njoftim i konfirmimit të sigurimit shëndetësor
- MAP-404e, Njoftim i heqjes së sigurimit shëndetësor të palës së tretë
- MAP-404g, Kërkesë për heqjen e sigurimit shëndetësor “tregtar” të palës së tretë

**Mbulimi**

Nga: \_\_\_\_\_ Në: \_\_\_\_\_

Detaje shtesë: \_\_\_\_\_

**Prova të pranueshme**

- Faturat mjekësore

**Veprimtaritë e Brad H**

**AC në IC – Pezullimi i një çështjeje për shkak të dënimit me burg.**

**IC në AC – Rihapja e një çështjeje për shkak të daljes nga burgu.**

**Ndryshimi nuk është i listuar në këtë formular**

Nëse ndryshimi që po kërkonte nuk është i listuar në këtë formular, ofroni detaje shtesë në hapësirën e mëposhtme:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EMRI (ME GERMA SHTYPI)	NËNSHKRIMI	DATA
EMRI I PËRFAQËSUESIT TË KLIENTIT (ME GERMA SHTYPI)	NËNSHKRIMI	DATA

**A keni ndonjë problem shëndetësor ose problem të shëndetit mendor, apo aftësi të kufizuara? A e keni të vështirë që për shkak të këtij problemi të kuptoni atë çfarë thuhet në njoftim apo të bëni atë që ju kërkohet? A jua vështirëson kjo gjendje përfitimin e shërbimeve të tjera në HRA? **Ne mund t'ju ndihmojmë.** Na telefononi në numrin **888-692-6116**. Gjithashtu, ju mund të kërkonte ndihmë duke u paraqitur pranë një zyre të HRA-së. Ju gëzoni të drejtën ta kërkonte këtë lloj ndihme në përputhje me ligjin.**