

**DEMANDE DE MODIFICATION PAR LE CLIENT/PRESTATAIRE
DES INFORMATIONS ENREGISTRÉES**

(JUSTIFICATIFS REQUIS)



MAP-751w (F) 07/14/2025

Remarque : Le présent document sert uniquement à rectifier/modifier les informations citées. Pour modifier les données démographiques d'un client, le personnel est dirigé vers le formulaire [MAP-751k, Demande de modification par le client/prestataire des informations enregistrées \(aucun justificatif requis\)](#).

Nom du dossier : _____

Numéro de dossier : _____ Numéro d'identification client : _____

Veillez noter qu'un avis d'admissibilité sera envoyé à propos de la modification que vous avez demandée.

**RECTIFIEZ/MODIFIEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES
(COCHEZ TOUTES LES CASES APPLICABLES)**

Clôturer le dossier complètement

Détails complémentaires : _____

Justificatif acceptable

- Signature du client et/ou du représentant sur ce formulaire

Associer le dossier

Référence du dossier actuel : _____ Au dossier portant la référence : _____

Détails complémentaires : _____

Justificatif acceptable

- Signature du client et/ou du représentant sur ce formulaire

Actions dans le cadre de l'initiative revenu de sécurité supplémentaire Medicaid (Medicaid Supplemental Security Income, MSSI)

Rouvrir le dossier supplémentaire de revenu de sécurité supplémentaire (Supplemental Security Income, SSI)

Corriger la couverture SSI

Activer le dossier SSI

Mettre à jour/modifier le dossier SSI

Numéro du dossier

Détails complémentaires :

Justificatif acceptable

- Documentation de l'Administration de la sécurité sociale (Social Security Administration, SSA)
- DOH-4220, Demande Access NY

Modifier le chargé de dossier

Numéro de dossier :

Nom du nouveau chargé de dossier :

Justificatif acceptable

- Acte de naissance
- Documents de tutelle
- Lettre de la SSA

Ajouter une personne au dossier

Nom : _____

Détails complémentaires : _____

Justificatif acceptable

- DOH-4220, Demande Access NY

Supprimer une personne du dossier

Détails complémentaires : _____

Justificatif acceptable

- Signature du client et/ou du représentant sur ce formulaire

Avis de décès

Pour : _____

Détails complémentaires : _____

Justificatif acceptable

- Acte de décès

Changement de statut d'immigration

De : _____ À : _____

Détails complémentaires : _____

Justificatifs acceptables

- I-94 Enregistrement d'arrivée/de départ
- I-551 Carte de résident permanent (Carte verte)
- I-766 Carte d'autorisation de travail
- I-797 Avis de poursuite indiquant une autorisation ou une demande en cours
- Justificatif de résidence continue aux États-Unis avant le 1er janvier 1972
- Autres documents faisant autorité qui indiquent un changement de statut d'immigration

- Modifier l'admissibilité pour inclure des services de soins personnels/d'autres soins de longue durée communautaires (Community-Based Long-Term Care, CBLTC)/d'établissement de soins infirmiers (Nursing Home, NH)**

Détails complémentaires : _____

Justificatifs acceptables

- Justificatif de revenu
- Justificatif de ressources (CBLTC : les documents relatifs à vos ressources du mois en cours uniquement et NH : les documents relatifs à vos ressources des 60 derniers mois et un besoin immédiat de ces services)
- DOH-5178A, Annexe A Access NY

- Évaluation du programme d'épargne Medicare (Medicare Savings Program, MSP)**

Détails complémentaires : _____

Justificatifs acceptables

- Voir le formulaire MAP-628j ci-joint, Guide de la documentation du Programme d'épargne Medicare (MSP)

Remarque : si les documents du MAP-628j ont déjà été envoyés avec votre application Medicaid, vous n'avez pas besoin d'envoyer d'autres documents.

- Conversion - Medicaid (MA) et Programme d'épargne Medicare (MSP)**

Conversion d'un dossier Medicaid en dossier MSP « Convertir le MSP en Medicaid »

Numéro de dossier : _____

Détails complémentaires : _____

Justificatifs acceptables

- DOH-422, Demande Access NY
- DOH-4328 Demande d'inscription au Programme d'épargne Medicare

- Modification du calcul du montant des prestations sociales**

Enfant handicapé adulte Subvention pour les travailleurs handicapés de Medicaid
(Disabled Adult Child, DAC) (Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities, MBI-WPD)

Revenus bruts ajustés modifiés (Modified Pickle Réduction de la désépargne
Adjusted Gross Income, MAGI)

Norme spéciale relative au logement après la sortie d'un établissement de soins infirmiers ou d'un centre pour adultes nouvellement inscrit ou demeurant inscrit à des soins de longue durée gérés

Pauvreté du conjoint Refus du conjoint (de la conjointe) Révision budgétaire
(de la conjointe)

Détails complémentaires : _____

Justificatifs acceptables

- Voir le formulaire MAP-751x ci-joint, Guide de documentation sur la modification du calcul des prestations sociales (Budgeting Change Documentation Guide)

Budget excédentaire

Couverture rétroactive : _____ Couverture provisoire : _____

Mise à jour/correction
de la couverture : _____

Numéro de dossier : _____

Détails complémentaires : _____

Justificatifs acceptables

- Voir le formulaire MAP-751x ci-joint, Guide de documentation sur la modification du calcul des prestations sociales

Fiducie collective

- Calcul du montant des prestations pour une nouvelle demande de fiducie
- Budget pour l'augmentation des dépôts

Détails complémentaires : _____

Justificatifs acceptables

- Copie de votre accord conjoint de fiducie collective
- Copie de la procuration (le cas échéant)
- Justificatif des dépôts
- Détermination de l'invalidité par la sécurité sociale ou demande d'invalidité (LDSS-486T, rapport médical pour la détermination de l'invalidité, LDSS-1151, examen de l'invalidité, MAP-751e, autorisation de divulgation d'informations médicales, OCA-960, autorisation de divulgation d'informations individuelles sur la santé, formulaire de décharge HIPAA)

Ajouter ou supprimer une assurance maladie de tiers

Détails complémentaires : _____

Justificatif acceptable

- MAP-404d, Avis de confirmation d'assurance maladie (Notice of Health Insurance Confirmation)
- MAP-404e Avis de radiation de l'assurance maladie tierce (Notice of Removal of Third-Party Health Insurance)
- MAP-404g, Demande d'annulation de l'assurance maladie « tierce » (Request to Remove "Commercial" Third-Party Health Insurance)

Couverture

De : _____ À : _____

Détails complémentaires : _____

Justificatifs acceptables

- Factures médicales

Cas d'incarcération Actions

- AC à IC – Suspension d'un dossier en raison d'une incarcération.**
- IC à AC – Réouverture d'un dossier en raison d'une libération d'un établissement correctionnel.**

Modification non citée dans le présent formulaire

Si vous souhaitez effectuer une modification qui n'est pas citée dans le présent formulaire, veuillez fournir des détails complémentaires dans l'espace prévu à cet effet ci-dessous :

Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature	Date
Nom du (de la) représentant(e) du (de la) client(e) (en caractères d'imprimerie)	Signature	Date

Souffrez-vous d'un handicap, d'un problème de santé ou de santé mentale ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce qui est demandé dans cet avis ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au **888 692 6116**. Vous pouvez également demander de l'aide en vous rendant dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.