

**RICHIESTA DI MODIFICA DELLE INFORMAZIONI IN
ARCHIVIO DEL CLIENTE O DEL FORNITORE**

(DOCUMENTAZIONE RICHIESTA)

N.B.: Il presente documento deve essere utilizzato solo per correggere o modificare le informazioni indicate in questo modulo. Per modificare le informazioni demografiche del cliente, consultare il documento [MAP-751k, Richiesta di modifica delle informazioni in archivio del cliente o del fornitore \(Nessuna documentazione richiesta\)](#).

Nome caso: _____

Numero caso: _____ Numero di identificazione
del/della cliente: _____

Si prega di notare che verrà inviata una comunicazione sull'idoneità in merito alla modifica richiesta.

**CORREGGERE O MODIFICARE LE SEGUENTI INFORMAZIONI (BARRARE TUTTE LE CASELLE
PERTINENTI)**

Chiusura di un caso

Ulteriori informazioni: _____

Documenti accettabili

- Firma dell'utente e/o del rappresentante su questo modulo

Accorpamento di più casi

Numero del caso corrente: _____ Numero del caso di destinazione: _____

Ulteriori informazioni: _____

Documenti accettabili

- Firma dell'utente e/o del rappresentante su questo modulo

Inserimento di un soggetto in un caso

Nome: _____

Ulteriori informazioni: _____

Documenti accettabili

- DOH-4220 - Domanda Access NY

Eliminazione di un soggetto da un caso

Ulteriori informazioni: _____

Documenti accettabili

- Firma dell'utente e/o del rappresentante su questo modulo

Comunicazione di decesso

Per: _____

Ulteriori informazioni:

Documenti accettabili

- Certificato di morte

Modifica dello status di immigrazione

Da: _____ A: _____

Ulteriori informazioni: _____

Documenti accettabili

- I-94 - Documento di arrivo/partenza
- I-551 - Carta di soggiorno permanente (Green Card)
- I-766 - Permesso di lavoro
- I-797 - Comunicazione di intervento relativa all'approvazione di una domanda o a una domanda in corso
- Attestazione di residenza continuativa negli Stati Uniti prima del 1° gennaio 1972
- Altri documenti rilasciati dalle autorità che attestano una modifica dello status di immigrazione

Miglioramento dei criteri di idoneità attraverso l'indicazione di servizi di assistenza personale, altri servizi comunitari di assistenza a lungo termine (Community-Based Long-Term Care, CBLTC) o servizi presso residenze per anziani (Nursing Home, NH)

Ulteriori informazioni: _____

Documenti accettabili

- Attestazioni di reddito
- Attestazioni di disponibilità di risorse (CBLTC: Documenti relativi alle risorse solo per il mese in corso e NH: Documenti relativi alle risorse per gli ultimi 60 mesi ed esigenza immediata di ricevere i servizi)
- DOH-5178A - Supplemento A della domanda Access NY

Valutazione del programma di risparmio Medicare (Medicare Savings Program, MSP)

Ulteriori informazioni: _____

Documenti accettabili

- Vedere l'allegato MAP-628j - Guida alla documentazione del programma di risparmio Medicare (MSP)
N.B.: Se i documenti nell'allegato MAP-628j erano stati già presentati insieme alla domanda Medicaid, non è necessario presentare altri documenti.

Modifica del budget disponibile

- Figlio in età adulta affetto da disabilità (Disabled Adult Child, DAC) Programma Buy-In Medicaid per lavoratori con disabilità (Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities, MBI-WPD)
- Reddito lordo rettificato modificato (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) Pickle Attestazione di spesa del reddito in eccesso
- Standard speciale per l'alloggio in seguito alla dimissione da una residenza per anziani o per adulti e all'iscrizione a un programma di assistenza gestita a lungo termine
- Impoverimento del coniuge Rifiuto del coniuge

Ulteriori informazioni: _____

Documenti accettabili

- Vedere l'allegato MAP-751x - Guida alla documentazione relativa alla modifica del budget disponibile

Trust collettivo

- Definizione del budget disponibile per l'istituzione di un nuovo trust Budget disponibile per un aumento dell'importo dei depositi

Ulteriori informazioni: _____

Documenti accettabili

- Copia del contratto di adesione al trust collettivo
- Copia della procura (se pertinente)
- Attestazione dei depositi effettuati
- Accertamento della disabilità per la previdenza sociale o richiesta di disabilità (LDSS-486T - Relazione medica per l'accertamento della disabilità, LDSS-1151 - Verifica della disabilità, MAP-751e - Autorizzazione alla divulgazione di informazioni mediche, OCA-960 - Autorizzazione alla divulgazione di informazioni sanitarie personali - Liberatoria HIPAA)

Inserimento o eliminazione di un'assicurazione sanitaria di terzi

Ulteriori informazioni: _____

Documenti accettabili

- MAP-404d - Comunicazione di conferma dell'assicurazione sanitaria
- MAP-404e - Avviso di eliminazione dell'assicurazione sanitaria di terzi
- MAP-404g - Richiesta di eliminazione dell'assicurazione sanitaria "commerciale" di terzi

Copertura

Da: _____ A: _____

Ulteriori informazioni: _____

Documenti accettabili

- Spese mediche

Azioni legate al caso di Brad H

- AC a IC – Sospensione di un caso a causa della reclusione.**
- IC a AC – Riapertura di un caso a causa del rilascio da un istituto penitenziario.**

Modifica non indicata in questo modulo

Se una modifica richiesta non è indicata in questo modulo, fornire ulteriori informazioni in questa sezione:

NOME (IN STAMPATELLO)	FIRMA	DATA
NOME DEL RAPPRESENTANTE DEL CLIENTE (IN STAMPATELLO)	FIRMA	DATA

Soffre di una disabilità, di un problema di salute o di salute mentale? Questo problema di salute Le impedisce di comprendere questo avviso o di fare ciò che Le viene richiesto? Questo problema di salute Le impedisce di usufruire di altri servizi HRA? **Le possiamo essere di aiuto.** Può contattarci al numero **888-692-6116**. Può anche chiedere aiuto presso un ufficio HRA. Ha il diritto di richiedere questo genere di assistenza secondo la legge.