

**WNIOSEK KONSUMENTA/DOSTAWCY O ZMIANĘ
INFORMACJI W DOKUMENTACJI
(WYMAGANA DOKUMENTACJA)**

Uwaga: Niniejszego dokumentu należy użyć wyłącznie do poprawienia/zmiany informacji podanych w tym formularzu. W celu dokonania zmiany danych demograficznych konsumenta pracownik powinien skorzystać z [MAP-751k, Wniosek konsumenta/dostawcy o zmianę informacji w dokumentacji \(dokumentacja nie jest wymagana\)](#).

Nazwa sprawy: _____

Numer sprawy: _____ CIN: _____

Informujemy, że otrzyma Pan/Pani pisemne potwierdzenie dotyczące wnioskowanej zmiany.

POPRAWIĆ/ZMIENIĆ NASTĘPUJĄCE INFORMACJE (ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE, KTÓRE MAJĄ ZASTOSOWANIE)

Całkowicie zamknięta sprawa

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenie

- Podpisy konsumenta i/lub przedstawiciela na tym formularzu

Połączenie sprawy

Aktualna sprawa nr: _____ Ze sprawą nr: _____

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenie

- Podpisy konsumenta i/lub przedstawiciela na tym formularzu

Działania w sprawie zapomogi uzupełniającej Medicaid (Medicaid Supplemental Security Income, MSSI)

Ponowne otwarcie zamkniętej sprawy zapomogi uzupełniającej (Supplemental Security Income, SSI)

Poprawka w zakresie SSI

Aktywacja sprawy SSI

Aktualizacja w zakresie SSI

Numer sprawy

Dodatkowe informacje:

Akceptowalne potwierdzenie

- Dokumentacja od Wydziału Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration, SSA)
- Wniosek DOH-4220, Access NY

Zmiana głowy rodziny beneficjenta

Numer sprawy:

Imię nowej głowy rodziny beneficjenta:

Akceptowalne potwierdzenie

- Akt urodzenia
- Dokumentacja dotycząca prawnej opieki nad dziećmi
- List od SSA

Dodanie osoby do sprawy

Imię i nazwisko: _____

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenie

- Wniosek DOH-4220, Access NY

Usunięcie osoby ze sprawy

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenie

- Podpisy konsumenta i/lub przedstawiciela na tym formularzu

Powiadomienie o śmierci:

Dot.: _____

Dodatkowe informacje:

Akceptowalne potwierdzenie

- Akt zgonu

Zmiana statusu imigracyjnego

Z: _____ Na: _____

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenia

- I-94 dokumentacja przyjazdu/wyjazdu
- I-551 karta stałego pobytu (zielona karta)
- I-766 karta uprawniająca do zatrudnienia
- I-797 zawiadomienie o wszczęciu postępowania z decyzją o zatwierdzeniu lub informacją o rozpatrywaniu wniosku
- Dowód stałego pobytu na terenie USA przed 1 stycznia 1972 roku
- Inne wiarygodne dokumenty wskazujące na zmianę statusu imigracyjnego

- Zmiana uprawnień i uwzględnienie usług opieki osobistej / innych usług środowiskowej opieki długoterminowej (Community-Based Long-Term Care, CBLTC) / opieki w zakładzie specjalistycznej opieki pielęgniarskiej (Nursing Home, NH)**

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenia

- Potwierdzenie dochodu
- Potwierdzenie zasobów (CBLTC: Dokumentacja zasobów tylko za bieżący miesiąc oraz NH: Dokumentacji zasobów za ubiegłe 60 miesięcy oraz wykazanie bezpośredniej konieczności korzystania z tych usług)
- DOH-5178A Załącznik A Access NY

- Ocena w ramach Programu oszczędnościowego Medicare (Medicare Savings Program, MSP)**

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenia

- Zobacz załączony dokument MAP-628j, Program oszczędnościowy Medicare (MSP), Przewodnik po dokumentacji
Uwaga: Jeśli dokumenty dotyczące MAP-628j zostały już przesłane wraz z wnioskiem Medicaid, nie ma konieczności przesyłania żadnych dodatkowych dokumentów.

- Konwersja – program Medicaid (MA) i program oszczędnościowy Medicare (MSP)**

- Konwersja sprawy Medicaid na sprawę MSP „Konwertuj MSP na Medicaid”

Numer sprawy: _____

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenia

- Wniosek DOH-422, Access NY
- Wniosek DOH-4328, Rejestrację w programie oszczędnościowym Medicare

- Zmiana ustalania budżetu**

- Dorosłe niepełnosprawne dziecko (Disabled Adult Child, DAC) Program wykupu Medicaid dla niepełnosprawnych osób pracujących (Medicaid Buy-In Program For Working People with Disabilities, MBI-WPD)

- Zmieniony skorygowany dochód brutto (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) Trudna sytuacja Redukcja wydatków

- Specjalny standard mieszkaniowy po wypisaniu z domu opieki lub domu dla dorosłych i zapisaniu do programu zarządzanej opieki długoterminowej

- Zubożenie współmałżonka Odmowa współmałżonka Sprawa korekty budżetu

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenia

- Zapoznaj się z załączonym dokumentem MAP-751x Zmiana ustalania budżetu, poradnik dot. Dokumentacji

Nadwyżka

Ochrona z mocą wsteczną: _____ Tymczasowe ubezpieczenie: _____

Aktualizacja/poprawka
w zakresie ubezpieczenia: _____

Numer sprawy: _____

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowane dokumenty

- Zapoznaj się z załączonym dokumentem MAP-751x Zmiana ustalania budżetu, poradnik dot. dokumentacji

Fundusz połączony

- Ustalanie budżetu na nowy fundusz Budżet na zwiększone depozyty

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenia

- Kopia pisma potwierdzającego dołączenie do funduszu połączanego
- Kopia pełnomocnictwa (jeśli dotyczy)
- Dowód dokonanych depozytów
- Orzeczenie o niepełnosprawności lub wniosek o orzeczenie niepełnosprawności (raport medyczny określający stopień niepełnosprawności LDSS-486T, ocena niepełnosprawności LDSS-1151, upoważnienie do ujawniania danych medycznych MAP-751E, formularz zgody HIPAA na ujawnienie informacji dotyczących zdrowia pacjenta OCA-960)

Dodanie lub usunięcie ubezpieczenia zdrowotnego strony trzeciej

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenie

- MAP-404d, Zawiadomienie o potwierdzeniu ubezpieczenia zdrowotnego
- MAP-404e, Powiadomienie o usunięciu ubezpieczenia zdrowotnego strony trzeciej
- MAP-404g, Wniosek o usunięcie „komercyjnego” ubezpieczenia zdrowotnego strony trzeciej

Ubezpieczenie

Od: _____ Do: _____

Dodatkowe informacje: _____

Dopuszczalne dokumenty uzasadniające

- Rachunki za opiekę medyczną

Działania w zakresie sprawy osadzonego

- Od AC do IC – zawieszenie sprawy z powodu osadzenia w zakładzie karnym.**
- Od IC do AC – cofnięcie zawieszenia sprawy z powodu zwolnienia z zakładu karnego.**

Zmiana niewymieniona w tym formularzu

Jeśli wnioskowana zmiana nie jest wymieniona w tym formularzu, należy podać dodatkowe informacje w polu poniżej.

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)	Podpis	Data
Imię i nazwisko upoważnionego przedstawiciela (drukowanymi literami)	Podpis	Data

Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub cierpi na jakąś chorobę (w tym psychiczną)? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy o kontakt pod numerem **888-692-6116**. Pomoc można również uzyskać podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo otrzymać taką pomoc.