

**ЗАПРОС КЛИЕНТА/ПОСТАВЩИКА ОБ ИЗМЕНЕНИИ
ИНФОРМАЦИИ В ДЕЛЕ
(ТРЕБУЮТСЯ ДОКУМЕНТЫ)**

Примечание. Данный документ предназначен только для исправления/изменения информации, указанной в данной форме. Для изменения демографических данных клиента сотрудникам необходима форма [MAP-751k «Запрос клиента/поставщика об изменении информации в деле \(документы не требуются\)»](#).

Название дела: _____

Номер дела: _____ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
(Client Identification Number, CIN): _____

Просим учесть, что в отношении запрошенного вами изменения будет отправлено уведомление о праве на участие.

ИСПРАВЬТЕ/ИЗМЕНИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ)

Полностью закрыть дело

Дополнительная информация _____

Приемлемое подтверждение

- Подписи клиента и/или представителя в данной форме

Объединить дело

Номер текущего дела: _____ С делом под номером: _____

Дополнительная информация: _____

Приемлемое подтверждение

- Подписи клиента и/или представителя в данной форме

Действия по делам MSSI

Повторно открытие закрытого дела SSI

Корректировка покрытия по программе SSI

Активация дела SSI

Обновление / изменение дела SSI

Номер дела

Дополнительная информация:

Приемлемое подтверждение

- Документация из SSA
- DOH-4220 «Заявление на участие в программе Access NY»

Смена заведующего делом

Номер дела:

Ф. И. О. нового заведующего делом:

Приемлемое подтверждение

- Свидетельство о рождении
- Документы об опекунстве
- Письмо из SSA

Добавление лица в дело

Имя и фамилия: _____

Дополнительная информация: _____

Приемлемое подтверждение

- DOH-4220 «Заявление на участие в программе Access NY»

Удаление лица из дела

Дополнительная информация: _____

Приемлемое подтверждение

- Подписи клиента и/или представителя в данной форме

Уведомление о смерти

Для: _____

Дополнительная информация:

Приемлемое подтверждение

- Свидетельство о смерти

Изменение иммиграционного статуса

с: _____ на: _____

Дополнительная информация: _____

Приемлемые подтверждения

- I-94 «Запись о прибытии/отбытии»
- I-551 Постоянный вид на жительство («грин-карта»)
- I-766 «Карточка разрешения на трудоустройство»
- I-797 «Уведомление о принятии решения или его рассмотрении»
- Подтверждение непрерывного проживания на территории США до 1 января 1972 г.
- Иные официальные документы, которые подтверждают изменение иммиграционного статуса

- Расширение прав на получение персонального ухода / других услуг долгосрочного медицинского обслуживания по месту жительства (Community-Based Long-Term Care, CBLTC) и в учреждениях сестринского ухода (Nursing Home, NH)**

Дополнительная информация: _____

Приемлемые подтверждения

- Справка о доходах
- Подтверждение дохода (CBLTC: документы, подтверждающие наличие дохода только за текущий месяц; NH: документы, подтверждающие наличие дохода за последние 60 месяцев и срочную потребность в услугах сестринского ухода.
- DOH-5178A «Дополнительная форма А по программе Access NY»

- Оценка накопительной программы Medicare (Medicare Savings Program, MSP)**

Дополнительная информация _____

Приемлемые подтверждения

- См. приложенную форму MAP-628j «Перечень требуемых документов для накопительной программы Medicare»
Внимание: если вы уже подавали форму MAP-628j вместе с заявлением на получение страхования по программе Medicaid, вам больше нет необходимости предоставлять никаких дополнительных документов.

- Перевод дел между программой Medicaid (MA) и программой по сокращению расходов Medicare (MSP)**

Перевод дела Medicaid в дело MSP

«Перевод дела MSP в дело Medicaid»

Номер дела: _____

Дополнительная информация: _____

Приемлемые подтверждения

- DOH-422 «Заявление на участие в программе Access NY»
- DOH-4328 «Заявление на участие в программе по сокращению расходов Medicare»

- Изменения финансирования**

Совершеннолетний ребенок-инвалид (Disabled Adult Child, DAC)

Программа Medicaid Buy-In для работающих людей с инвалидностью (Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities, MBI-WPD)

Валовой доход с поправками и изменениями (Modified Adjusted Gross Income, MAGI)

Поправка (Pickle)

Уменьшение избыточного дохода

Особый расчет доли расходов на жилье для лиц, выписанных из учреждений сестринского ухода / домов для престарелых лиц и инвалидов и зачисленных в Программу контролируемого длительного медобслуживания (Managed Long-Term Care)

Обнищание супругов

Отказ супруга/супруги

Пересмотр бюджета

Дополнительная информация: _____

Приемлемые подтверждения

- См. прикрепленную форму MAP-751x «Перечень документов для изменения финансирования»

Избыточный доход

Покрытие, обладающее обратной силой: _____ Временное покрытие: _____

Обновление / корректировка покрытия: _____

Номер дела: _____

Дополнительная информация: _____

Приемлемые подтверждения

- См. прикрепленную форму MAP-751x «Перечень документов для изменения финансирования»

Объединенный траст

Составление бюджета для нового траста

Бюджет для увеличения депозитов

Дополнительная информация: _____

Приемлемые подтверждения

- Копия договора присоединения к объединенному трасту
- Копия письменной доверенности (если имеется)
- Подтверждение депозита
- Решение или запрос о признании вас лицом с инвалидностью по линии социального страхования (LDSS-486T «Медицинское заключение об инвалидности», LDSS-1151 «Удостоверение инвалидности», MAP-751e «Разрешение на передачу информации медицинского характера», OCA-960 «Форма разрешения на передачу личной медицинской информации по закону HIPAA»)

Добавление или удаление данных о стороннем медицинском страховании

Дополнительная информация:

Приемлемое подтверждение

- MAP-404d «Уведомление о подтверждении медицинского страхования»
- MAP-404e «Уведомление об удалении данных о стороннем медицинском страховании»
- MAP-404g «Запрос на удаление данных о коммерческом полисе медицинского страхования у стороннего поставщика»

Страховое покрытие

От: _____ Кому: _____

Дополнительная информация: _____

Приемлемые подтверждения

- Счета за медицинское обслуживание

Действия по делам заключенных

АС — IC: прекращение рассмотрения дела в связи с заключением участника в тюрьму.

IC — AC: возобновление рассмотрения дела в связи с освобождением участника из исправительного учреждения.

Не перечисленные в этой форме изменения

Если запрашиваемого изменения нет в этой форме, укажите дополнительные сведения ниже:

Имя и фамилия (печатными буквами)	Подпись	Дата
Имя и фамилия представителя клиента (печатными буквами)	Подпись	Дата

У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность? Это состояние мешает Вам понять смысл данного уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Это нарушение не позволяет Вам пользоваться другими услугами HRA? **Мы можем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру **888-692-6116**. Вы также можете обратиться за помощью во время посещения отделения HRA. У Вас есть законное право требовать такую помощь.