

**SOLICITUD DEL CONSUMIDOR/PROVEEDOR PARA CAMBIAR LA INFORMACIÓN EN EL ARCHIVO**

**(SE NECESITA DOCUMENTACIÓN)**



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

**Nota:** Este documento solo se puede usar para corregir/cambiar la información que se indica en este formulario. Para cambiar la información demográfica de un consumidor, el personal debe dirigirlo al formulario [MAP-751k, "Consumer/Provider Request to Change Information on File" \(Solicitud del Consumidor/Proveedor para Cambiar Información en el Archivo\) \(sin documentación requerida\)](#).

Nombre del encargado del caso: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta que se le enviará un aviso de elegibilidad sobre el cambio que pidió.**

**CORREGIR/CAMBIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)**

**Cerrar caso por completo**

Más información: \_\_\_\_\_

**Prueba aceptable**

- Firma del consumidor o del representante en este formulario

**Combinar caso**

Número actual del caso: \_\_\_\_\_ Con número de caso: \_\_\_\_\_

Más información: \_\_\_\_\_

**Prueba aceptable**

- Firma del consumidor o del representante en este formulario

**Acciones del caso MSI**

Reabrir caso SSI cerrado

Cobertura correcta del SSI

Activar caso SSI

Actualizar/Cambiar caso de SSI

Número del caso

Más información:

**Prueba aceptable**

- Documentación de la SSA
- DOH-4220, solicitud de Access NY

**Cambiar la cabeza del caso**

**Número de caso:**

**Nombre del nuevo responsable del caso:**

**Prueba aceptable**

- Certificado de nacimiento
- Documentos de tutela
- Carta de la SSA

**Agregar a una persona al caso**

Nombre: \_\_\_\_\_

Más información: \_\_\_\_\_

**Prueba aceptable**

- DOH-4220, solicitud de Access NY

**Quitar a una persona del caso**

Más información: \_\_\_\_\_

**Prueba aceptable**

- Firma del consumidor o del representante en este formulario

**Notificación de fallecimiento**

Para: \_\_\_\_\_

Más información: \_\_\_\_\_

**Prueba aceptable**

- Certificado de defunción

**Cambio en la condición inmigratoria**

De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Más información: \_\_\_\_\_

**Pruebas aceptables**

- I-94, Registro de entrada/salida
- I-551, Tarjeta de residente permanente (Green Card)
- I-766, Tarjeta de autorización de empleo
- I-797, Aviso de acción que indica que la solicitud está aprobada o pendiente
- Constancia de residencia continua en los Estados Unidos antes del 1.º de enero de 1972
- Otros documentos válidos que identifiquen un cambio en la condición migratoria

- Actualizar la elegibilidad para incluir servicios de cuidado personal/otros servicios en la comunidad de atención de largo plazo (CBLTC)/servicios de asilo de ancianos (NH)**

Más información: \_\_\_\_\_

**Pruebas aceptables**

- Prueba de ingresos
- Prueba de recursos (CBLTC: documentación de recursos del mes actual únicamente y NH: documentación de recursos de los últimos 60 meses y una necesidad inmediata de los servicios)
- DOH-5178A, Access NY, Anexo A

- Evaluación del Programa de Ahorros de Medicare (MSP)**

Más información: \_\_\_\_\_

**Pruebas aceptables**

- Vea el documento adjunto MAP-628j, Guía de documentación para el Programa de Ahorros de Medicare (MSP)

**Nota:** Si los documentos que figuran en MAP-628j ya se presentaron con su solicitud de Medicaid, no necesita presentar ningún otro documento.

- Conversión - Medicaid (MA) y Programa de Ahorros de Medicare (MSP)**

- Convertir un caso de Medicaid a MSP       “Convertir el MSP a Medicaid”

Número de caso: \_\_\_\_\_

Más información: \_\_\_\_\_

**Pruebas aceptables**

- DOH-4220, solicitud de Access NY
- Solicitud del Programa de Ahorros de Medicare DOH-4328

- Cambios en la elaboración del presupuesto**

- Hijo adulto con discapacidades (DAC)       Programa de Acceso a Servicios de Medicaid para Trabajadores con Discapacidades (MBI-WPD)

- Ingresos brutos ajustados modificados (MAGI)       Apremio       Reducir el exceso de ingresos

- Estándar especial para vivienda para personas que recibieron el alta de una residencia de atención de largo plazo o de una residencia para adultos, y que están inscritas en el Programa de Atención Administrada a Largo Plazo

- Empobrecimiento del cónyuge       Negativa del cónyuge       Reajustar el presupuesto del caso

Más información: \_\_\_\_\_

**Pruebas aceptables**

- Vea el documento adjunto MAP-751x, Guía de documentación para el cambio en el presupuesto

**Excedente**

Cobertura retroactiva: \_\_\_\_\_ Cobertura provisional: \_\_\_\_\_

Actualización/Cobertra correcta: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

Más información: \_\_\_\_\_

**Pruebas aceptables**

- Vea el documento adjunto MAP-751x, Guía de documentación para el cambio en el presupuesto

**Fideicomiso combinado**

- Elaboración de presupuesto para presentación de un nuevo fideicomiso  Presupuesto para depósitos de mayor valor

Más información: \_\_\_\_\_

**Pruebas aceptables**

- Copia de su acuerdo de adhesión al fideicomiso combinado
- Copia del poder notarial (si corresponde)
- Constancia de los depósitos hechos
- Determinación de Discapacidad del Seguro Social o Solicitud de Discapacidad (Informe Médico LDSS-486T para la Determinación de Discapacidad, LDSS-1151, Revisión de Discapacidad, MAP-751e, Autorización para Liberar Información Médica, OCA-960 Autorización para la Divulgación de Información de Salud Individual Formulario de Liberación HIPAA)

**Agregar o quitar un seguro médico de terceros**

Más información: \_\_\_\_\_

**Prueba aceptable**

- MAP-404d, Aviso de confirmación del seguro médico
- MAP-404e, Aviso de eliminación del seguro médico de terceros
- MAP-404g, Solicitud para quitar el seguro médico “comercial” de terceros

**Cobertura**

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_

**Pruebas aceptables**

- Facturas médicas

**Acciones de Caso de Personas Privadas de Libertad**

- AC a IC: suspensión de un caso debido a encarcelamiento.**
- IC a AC: reactivación de un caso debido a liberación del centro penitenciario.**

**Cambio que no se indica en este formulario**

Si un cambio que quiere solicitar no se indica en este formulario, dé más información en el espacio de abajo:

---



---

Nombre (en letra de molde)	Firma	Fecha
Nombre del representante del cliente (en letra de molde)	Firma	Fecha

**¿Tiene alguna condición médica o de salud mental, o alguna discapacidad? ¿Le dificulta esa condición entender este aviso o hacer lo que se pide en él? ¿Esa condición hace que sea difícil para usted obtener otros servicios en la HRA? Podemos ayudarlo. Llámenos al 888-692-6116. También puede pedir ayuda en una oficina de la HRA. Por ley, usted tiene derecho a pedir este tipo de ayuda.**