

طلب عميل/مقدم خدمة لتغيير المعلومات الموجودة في الملف
(المستندات المطلوبة)

ملاحظة: يستخدم هذا المستند لتصحيح/تغيير المعلومات المدرجة في هذا النموذج فقط. لتغيير المعلومات الديموغرافية للعميل، يتم توجيه الموظفين إلى نموذج MAP-751k لطلب العميل/مقدم الخدمة لتغيير المعلومات الواردة في الملف (لا يلزم التوثيق).

اسم الحالة: _____

رقم الحالة: _____

CIN: _____

يرجى العلم بأنه سيتم إرسال إشعار الأهلية فيما يتعلق بالتغيير الذي طلبته.

تصحيح/تغيير المعلومات التالية (حدد جميع ما ينطبق)

إغلاق الحالة تمامًا

تفاصيل إضافية: _____

الإثبات المقبول

• توقيعات العميل و/أو الممثل على هذا النموذج

دمج الحالة

رقم الحالة الحالي: _____

مع الحالة رقم: _____

تفاصيل إضافية: _____

الإثبات المقبول

• توقيعات العميل و/أو الممثل على هذا النموذج

إضافة شخص إلى الحالة

الاسم: _____

تفاصيل إضافية: _____

الإثبات المقبول

• ACCESS NY، طلب DOH-4220

حذف شخص من الحالة

تفاصيل إضافية: _____

الإثبات المقبول

• توقيعات العميل و/أو الممثل على هذا النموذج

إخطار بالوفاة

لـ: _____

تفاصيل إضافية: _____

الإثبات المقبول

• شهادة الوفاة

تغيير في وضع الهجرة

من:

إلى:

تفاصيل إضافية:

الإثباتات المقبولة

- سجل الوصول والمغادرة I-94
- بطاقة الإقامة الدائمة (البطاقة الخضراء) I-551
- بطاقة تصريح العمل I-766؛
- إشعار إجراء يشير إلى الموافقة أو الطلب المعلق I-797
- دليل إثبات الإقامة الدائمة في الولايات المتحدة قبل 1 يناير 1972
- مستندات موثوقة أخرى تحدد تغييرًا في وضع الهجرة

بادر إلى ترقية الأهلية لتشمل العناية الشخصية/خدمات الرعاية طويلة الأجل الأخرى المجتمعية (CBLTC)/خدمات رعاية المسنين (NH)

تفاصيل إضافية:

الإثباتات المقبولة

- إثبات الدخل
- إثبات بالموارد (CBLTC): مستندات الموارد للشهر الحالي فقط وNH: مستندات الموارد الخاصة بالـ 60 شهرًا السابقة ووجود حاجة عاجلة لتلقي الخدمة)
- Access NY، الملحق أ الخاص بـ DOH-5178A

تقييم برنامج مدخرات Medicare (MSP)

تفاصيل إضافية:

الإثباتات المقبولة

- راجع المرفق MAP-628، ودليل مستندات برنامج مدخرات Medicare ملاحظة: إذا تم إرسال المستندات المدرجة في MAP-628 بالفعل مع طلب التقدم لبرنامج Medicaid الخاص بك، فلن تحتاج إلى إرسال أي مستندات إضافية.

تغييرات الميزانية

- طفل أو بالغ ذو إعاقة (DAC) شرح برنامج Buy-In من Medicaid للأشخاص العاملين ذوي الإعاقات (MBI-WPD)
- الدخل الإجمالي المعدل المتغير (MAGI) تعديل Pickle تخفيض إنفاق الفائض
- معيار الإسكان الخاص بعد الخروج من دار التمريض أو دار المسنين وتسجيل الرعاية طويلة الأمد المدارة
- الحرمان من النفقة الزوجية رفض الزوج

تفاصيل إضافية:

الإثباتات المقبولة

- راجع المرفق MAP-751x دليل توثيق الميزانية

الصندوق الائتماني المجمع

إعداد الميزانية لتقديم الصندوق الائتماني الجديد ميزانية الودائع المتزايدة

تفاصيل إضافية:

الإثباتات المقبولة

- نسخة من اتفاقية الصندوق الائتماني المجمع المشترك
- نسخة التوكيل الرسمي (إذا كان ينطبق)
- إثبات الإيداعات التي تمت
- طلب الإعاقة أو صدور قرار بشأن الإعاقة للضمان الاجتماعي (التقرير الطبي لصدور قرار بشأن الإعاقة، النموذج LDSS-486T، مراجعة الإعاقة، النموذج LDSS-1151، التفويض بالإفصاح عن المعلومات الطبية، النموذج MAP-751، نموذج الكشف عن المعلومات OCA-960 بموجب قانون التأمين الصحي والقابلية للنقل والمحاسبة "HIPAA" الخاص بالتفويض للإفصاح عن المعلومات الصحية الفردية)

إضافة أو حذف التأمين الصحي الخاص بالطرف الثالث

تفاصيل إضافية:

الإثباتات المقبولة

- إشعار بتأكيد التأمين الصحي MAP-404d
- إشعار بحذف التأمين الصحي الخاص بالطرف الثالث MAP-404e
- طلب بحذف التأمين الصحي "التجاري" الخاص بالطرف الثالث MAP-404g

تغيير غير مدرج في هذا النموذج

إذا كان التغيير الذي تطلبه غير مدرج في هذا النموذج، فقدم تفاصيل إضافية في المساحة المتوفرة أدناه:

الاسم (بأحرف واضحة)	التوقيع	التاريخ
اسم ممثل العميل (بأحرف واضحة)	التوقيع	التاريخ:

هل تعاني من حالة طبية أو حالة تتعلق بالصحة العقلية أو إعاقة؟ هل تجعل هذه الحالة من الصعب عليك فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه؟ هل هذه الحالة تجعل من الصعب عليك الحصول على خدمات أخرى من إدارة HRA؟ يمكننا مساعدتك. اتصل بنا على الرقم 888-692-6116. يمكنك طلب المساعدة أيضاً عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يحق لك طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة بموجب القانون.