

**DEMANDE DE MODIFICATION PAR LE CLIENT/PRESTATAIRE  
DES INFORMATIONS ENREGISTRÉES**

**(JUSTIFICATIFS REQUIS)**

**Remarque :** le présent document sert uniquement à rectifier/modifier les informations citées. Pour modifier des données démographiques d'un client, le personnel est dirigé vers le formulaire [MAP-751k, Demande de modification par le client/prestataire des informations enregistrées \(aucun justificatif requis\)](#).

Nom du dossier : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification client : \_\_\_\_\_

**Veillez noter qu'un avis d'admissibilité sera envoyé à propos de la modification que vous avez demandée.**

**RECTIFIEZ/MODIFIEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES (COCHEZ TOUTES LES CASES APPLICABLES)**

**Clôturer le dossier complètement**

Détails complémentaires : \_\_\_\_\_

**Justificatif acceptable**

- Signature du client et/ou du représentant sur ce formulaire

**Associer le dossier**

Référence du dossier actuel : \_\_\_\_\_ Au dossier portant la référence : \_\_\_\_\_

Détails complémentaires : \_\_\_\_\_

**Justificatif acceptable**

- Signature du client et/ou du représentant sur ce formulaire

**Ajouter une personne au dossier**

Nom : \_\_\_\_\_

Détails complémentaires : \_\_\_\_\_

**Justificatif acceptable**

- DOH-4220, Demande Access NY

**Supprimer une personne du dossier**

Détails complémentaires : \_\_\_\_\_

**Justificatif acceptable**

- Signature du client et/ou du représentant sur ce formulaire

**Avis de décès**

Pour : \_\_\_\_\_

Détails complémentaires : \_\_\_\_\_

**Justificatif acceptable**

- Acte de décès

**Changement de statut d'immigration**

De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_

Détails complémentaires : \_\_\_\_\_

**Justificatifs acceptables**

- I-94 Enregistrement d'arrivée/de départ
- I-551 Carte de résident permanent (Carte verte)
- I-766 Carte d'autorisation de travail
- I-797 Avis de poursuite indiquant une autorisation ou une demande en cours
- Justificatif de résidence continue aux États-Unis avant le 1er janvier 1972
- Autres documents de référence qui indiquent un changement de statut d'immigration

**Modifier l'admissibilité pour inclure des services de soins personnels/d'autres soins de longue durée communautaires (Community-Based Long-Term Care, CBLTC)/d'établissement de soins infirmiers (Nursing Home, NH)**

Détails complémentaires : \_\_\_\_\_

**Justificatifs acceptables**

- Justificatif de revenu
- Justificatif de ressources (CBLTC : les documents relatifs à vos ressources du mois en cours uniquement et NH : les documents relatifs à vos ressources des 60 derniers mois et un besoin immédiat de ces services)
- DOH-5178A, Annexe A Access NY

**Évaluation du programme d'épargne Medicare (Medicare Savings Program, MSP)**

Détails complémentaires : \_\_\_\_\_

**Justificatifs acceptables**

- Voir le formulaire MAP-628j ci-joint, Guide de la documentation du Programme d'épargne Medicare (MSP)  
**Remarque** : si les documents du MAP-628j ont déjà été envoyés avec votre application Medicaid, vous n'avez pas besoin d'envoyer d'autres documents.

**Modification du calcul du montant des prestations sociales**

- Enfant handicapé adulte (Disabled Adult Child, DAC)
- Subvention pour les travailleurs handicapés de Medicaid (Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities, MBI-WPD)
- Revenus bruts ajustés modifiés (Modified Adjusted Gross Income, MAGI)
- Pickle
- Réduction de la désépargne
- Norme spéciale relative au logement après la sortie d'un établissement de soins infirmiers ou d'un centre pour adultes nouvellement inscrit ou demeurant inscrit à des soins de longue durée gérés
- Pauvreté du conjoint (de la conjointe)
- Refus du conjoint (de la conjointe)

Détails complémentaires : \_\_\_\_\_

**Justificatifs acceptables**

- Voir le formulaire MAP-751x ci-joint, Guide de documentation sur la modification du calcul des prestations sociales (Budgeting Change Documentation Guide)

**Fiducie collective**

- Calcul du montant des prestations pour une nouvelle demande de fiducie       Budget pour l'augmentation des dépôts

Détails complémentaires : \_\_\_\_\_

**Justificatifs acceptables**

- Copie de votre accord conjoint de fiducie collective
- Copie de la procuration (le cas échéant)
- Justificatif des dépôts
- Avis de détermination d'invalidité ou de demande de détermination d'invalidité de la Sécurité sociale (LDSS-486T Rapport médical pour la détermination d'un handicap, LDSS-1151, Examen d'invalidité, MAP-751e, Autorisation de communication de données médicales, OCA-960 Formulaire de décharge de responsabilité pour l'autorisation de communication de données médicales personnelles conformément à la loi HIPAA)

**Ajouter ou supprimer une assurance maladie de tiers**

Détails complémentaires : \_\_\_\_\_

**Justificatif acceptable**

- MAP-404d, Avis de confirmation d'assurance maladie (Notice of Health Insurance Confirmation)
- MAP-404e Avis de radiation de l'assurance maladie tierce (Notice of Removal of Third-Party Health Insurance)
- MAP-404g, Demande d'annulation de l'assurance maladie « tierce » (Request to Remove "Commercial" Third-Party Health Insurance)

**Modification non citée dans le présent formulaire**

Si vous souhaitez effectuer une modification qui n'est pas citée dans le présent formulaire, veuillez fournir des détails complémentaires dans l'espace prévu à cet effet ci-dessous :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOM (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	SIGNATURE	DATE
NOM DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) DU (DE LA) CLIENT(E) (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	SIGNATURE	DATE

**Souffrez-vous d'un handicap, d'un problème de santé ou de santé mentale ?** Ce problème de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce qui est demandé dans cet avis ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au **888 692 6116**. Vous pouvez également demander de l'aide en vous rendant dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.