

기록상 정보 변경을 위한 고객/제공자 요청서

(서류 작성 필요)

**참고:** 이 서류는 본 양식에 기록된 정보를 정정/변경하는 용도로만 사용됩니다. 고객의 인구통계학적 정보를 변경하려는 직원은 [MAP-751k, 기록상 정보 변경을 위한 고객/제공자 요청서\(서류 작성 필요 없음\)](#)를 작성하십시오.

케이스 수혜자 이름: \_\_\_\_\_

케이스 번호: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_

요청하신 변경과 관련해 자격 통지를 보내드릴 것입니다.

다음 정보를 정정/변경하십시오(해당 사항에 모두 체크).

케이스 완전 종료

추가 세부정보: \_\_\_\_\_

수용되는 증명 서류

- 본 양식에 기재된 고객 및/또는 대리인의 서명

케이스 결합

현재 케이스 번호: \_\_\_\_\_ 결합할 케이스 번호: \_\_\_\_\_

추가 세부정보: \_\_\_\_\_

수용되는 증명 서류

- 본 양식에 기재된 고객 및/또는 대리인의 서명

케이스에 개인 추가

이름: \_\_\_\_\_

추가 세부정보: \_\_\_\_\_

수용되는 증명 서류

- DOH-4220, Access NY 신청서

케이스에서 개인 제외

추가 세부정보: \_\_\_\_\_

수용되는 증명 서류

- 본 양식에 기재된 고객 및/또는 대리인의 서명

사망 신고

대상: \_\_\_\_\_

추가 세부정보: \_\_\_\_\_

수용되는 증명 서류

- 사망 증명서

체류 신분 변경

변경 전: \_\_\_\_\_

변경 후: \_\_\_\_\_

추가 세부정보: \_\_\_\_\_

**수용되는 증명 서류**

- I-94 출입국 기록
- I-551 영주권(그린카드)
- I-766 노동허가서
- I-797 신청서 승인 또는 진행 중임이 명시된 통지서
- 1972년 1월 1일 이전부터 미국에 계속 거주했음을 증명하는 증빙 자료
- 체류 신분 변경을 확인할 수 있는 기타 공식 문서

**개인간호/기타 지역사회 기반 장기 간호 서비스 (Community-Based Long-Term Care, CBLTC)/요양원(Nursing Home, NH)을 포함하도록 자격 업그레이드**

추가 세부정보: \_\_\_\_\_

**수용되는 증명 서류**

- 소득 증빙
- 재산 증빙(CBLTC: 당월 재산 증빙 문서만 필요, NH: 지난 60개월간의 재산 증빙 문서 및 서비스가 지금 바로 필요하다는 증빙 문서)
- DOH-5178A, Access NY 보완 서류 A

**Medicare 절약 프로그램(MSP) 평가서**

추가 세부정보: \_\_\_\_\_

**수용되는 증명 서류**

- 첨부한 MAP-628j, Medicare 절약 프로그램(MSP) 서류 작성 요령 참조  
참고: MAP-628j에 대한 서류가 이미 Medicaid 신청서와 함께 제출된 경우, 추가 서류를 제출하지 않아도 됩니다.

**예산편성 변경**

- 장애 성인 아동(DAC)       근로 장애인을 위한 Medicaid 바이-인(MBI-WPD)
- 수정된 조정 후 총소득(MAGI)       곤경       지출 축소
- 요양원 또는 양로원 시설 퇴원 후 관리형 장기 요양에 등록된 개인을 위한 특별 주거 기준
- 배우자 생활비       혼인 거부

추가 세부정보: \_\_\_\_\_

**수용되는 증명 서류**

- MAP-751x 예산편성 변경 서류 작성 요령 참조

**공동 출자 신탁증**

- 신규 신탁증 제출을 위한 예산편성       예치금 증가를 위한 예산

추가 세부정보: \_\_\_\_\_

**수용되는 증명 서류**

- 공동 출자 신탁증 당사자 합의서 사본
- 위임장 사본(해당하는 경우)
- 예치금 증빙
- 사회보장국 장애 판정 또는 장애 관련 요청서(LDSS-486T 장애 판정 의료 보고서, LDSS-1151, 장애 검토, MAP-751e, 의료 정보 공개 허가서, OCA-960 개인 건강 정보 공개에 대한 HIPAA 면책 허가 양식)

제3자 건강보험 추가 또는 해지

추가 세부정보: \_\_\_\_\_

**수용되는 증명 서류**

- MAP-404d, 건강보험 가입 확인 통지서
- MAP-404e, 제3자 건강보험 해지 통지서
- MAP-404g, “민간” 제3자 건강보험 해지 요청서

본 양식에 기재되지 않은 변경 사항

요청하려는 변경 사항이 본 양식에 기재되지 않은 경우에는 아래 빈 칸에 세부정보를 추가해 주십시오.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

이름(정자체)	서명	날짜
의뢰인 대리인 이름(정자체):	서명	날짜

**의학적 또는 정신적 질환이나 장애가 있으십니까?** 이러한 상태로 인해 이 통지서를 이해하거나 이 통지서의 요청 사항을 수행하기 어려우십니까? 이 상태로 인해 HRA에서 다른 서비스를 받을 수 없습니까? 저희가 도와 드리겠습니다. **888-692-6116**번으로 연락해 주십시오. HRA 사무실을 방문할 때 도움을 요청하셔도 됩니다. 법에 따라 귀하는 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.