

**WNIOSEK KONSUMENTA/DOSTAWCY O ZMIANĘ INFORMACJI
W DOKUMENTACJI
(WYMAGANA DOKUMENTACJA)**

Uwaga: niniejszego dokumentu należy użyć wyłącznie do poprawienia/zmiany informacji podanych w tym formularzu. W celu dokonania zmiany danych demograficznych konsumenta pracownik powinien skorzystać z [MAP-751k, Wniosek konsumenta/dostawcy o zmianę informacji w dokumentacji \(dokumentacja nie jest wymagana\)](#).

Nazwa sprawy: _____

Numer sprawy: _____ CIN: _____

Informujemy, że otrzyma Pan/Pani pisemne potwierdzenie dotyczące wnioskowanej zmiany.

POPRAWIĆ/ZMIENIĆ NASTĘPUJĄCE INFORMACJE (ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE, KTÓRE MAJĄ ZASTOSOWANIE)

Całkowicie zamknięta sprawa

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenie

- Podpisy konsumenta i/lub przedstawiciela na tym formularzu

Połączenie sprawy

Aktualna sprawa nr: _____ Ze sprawą nr: _____

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenie

- Podpisy konsumenta i/lub przedstawiciela na tym formularzu

Dodanie osoby do sprawy

Imię i nazwisko: _____

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenie

- Wniosek DOH-4220, Access NY

Usunięcie osoby ze sprawy

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenie

- Podpisy konsumenta i/lub przedstawiciela na tym formularzu

Powiadomienie o śmierci:

Dot.: _____

Dodatkowe informacje:

Akceptowalne potwierdzenie

- Akt zgonu

Zmiana statusu imigracyjnego

Z: _____ Na: _____

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenia

- I-94 dokumentacja przyjazdu/wyjazdu
- I-551 karta stałego pobytu (zielona karta)
- I-766 karta uprawniająca do zatrudnienia
- I-797 zawiadomienie o wszczęciu postępowania z decyzją o zatwierdzeniu lub informacją o rozpatrywaniu wniosku
- Dowód stałego pobytu na terenie USA przed 1 stycznia 1972 roku
- Inne wiarygodne dokumenty, które wskazują na zmianę statusu imigracyjnego.

Zmiana uprawnień i uwzględnienie usług opieki osobistej / innych usług środowiskowej opieki długoterminowej (CBLTC) / opieki w zakładzie specjalistycznej opieki pielęgniarstwa (NH)

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenia

- Potwierdzenie dochodu
- Potwierdzenie zasobów (CBLTC: Dokumentacja zasobów tylko za bieżący miesiąc oraz NH: Dokumentacji zasobów za ubiegłe 60 miesięcy oraz wykazanie bezpośredniej konieczności korzystania z tych usług)
- DOH-5178A Załącznik A Access NY

Ocena w ramach Programu oszczędnościowego Medicare (Medicare Savings Program, MSP)

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenia

- Zobacz załączony dokument MAP-628j, Program oszczędnościowy Medicare (MSP), Przewodnik po dokumentacji
Uwaga: Jeśli dokumenty dotyczące MAP-628j zostały już przesłane wraz z wnioskiem Medicaid, nie ma konieczności przesyłania żadnych dodatkowych dokumentów.

Zmiana ustalania budżetu

- Dorosłe niepełnosprawne dziecko (Disabled Adult Child, DAC) Program wykupu Medicaid dla niepełnosprawnych osób pracujących (Medicaid Buy-In Program For Working People with Disabilities, MBI-WPD)
- Zmieniony skorygowany dochód brutto (MAGI) Trudna sytuacja Redukcja wydatków
- Specjalny standard mieszkaniowy po wypisaniu z domu opieki lub domu dla dorosłych i zapisaniu do programu zarządzanej opieki długoterminowej
- Zubożenie współmałżonka Odmowa współmałżonka

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenia

- Zapoznaj się z załączonym dokumentem MAP-751x Zmiana ustalania budżetu, poradnik dot. dokumentacji

Fundusz połączony

- Ustalanie budżetu na nowy fundusz Budżet na zwiększone depozyty

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenia

- Kopia pisma potwierdzającego dołączenie do funduszu połączonego
- Kopia pełnomocnictwa (jeśli dotyczy)
- Dowód dokonanych depozytów
- Ustalenie stopnia niepełnosprawności w ramach ubezpieczenia społecznego lub wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności (LDSS-486T, raport medyczny w celu ustalenia stopnia niepełnosprawności, LDSS-1151, ocena stopnia niepełnosprawności, MAP-751e, zgoda na ujawnienie informacji medycznych, OCA-960 formularz zgody HIPAA na ujawnienie informacji dotyczących zdrowia pacjenta)

Dodanie lub usunięcie ubezpieczenia zdrowotnego strony trzeciej

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenie

- MAP-404d, Zawiadomienie o potwierdzeniu ubezpieczenia zdrowotnego
- MAP-404e, Powiadomienie o usunięciu ubezpieczenia zdrowotnego strony trzeciej
- MAP-404g, Wniosek o usunięcie „komercyjnego” ubezpieczenia zdrowotnego strony trzeciej

Zmiana niewymieniona w tym formularzu

Jeśli wnioskowana zmiana nie jest wymieniona w tym formularzu, należy podać dodatkowe informacje w polu poniżej.

IMIĘ I NAZWISKO (DRUKOWANYMI LITERAMI)	PODPIS	DATA
IMIĘ I NAZWISKO UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA (DRUKOWANYMI LITERAMI)	PODPIS	DATA

Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub cierpi na jakąś chorobę (w tym psychiczną)? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy o kontakt pod numerem **888-692-6116**. Pomoc można również uzyskać podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo otrzymać taką pomoc.