

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

(SE NECESITA DOCUMENTACIÓN)

Nota: Este documento solo puede usarse para corregir/cambiar la información que se indica en este formulario. Para cambiar la información demográfica de un consumidor, el personal debe ir a [MAP-751k, Solicitud del consumidor/proveedor para cambiar la información en el archivo \(no se necesita documentación\)](#).

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

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 migratoria

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 (Medicare Savings Program, 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.

Cambios en la elaboración del presupuesto

- Hijo adulto con discapacidades (Disabled Adult Child, 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 (spend down)
- 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

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 (LDSS-486T, Reporte médico de determinación de discapacidad; LDSS-1151, Revisión de discapacidad; MAP-751e, Autorización para revelar información médica; OCA-960, Autorización para revelar información médica individual según la 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

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.