

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

ل: _____

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

تفاصيل إضافية:

الإثباتات المقبولة

- إثبات الدخل
- إثبات بالموارد
- 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.

تغيير الميزانية

الإثباتات المقبولة	نوع الميزانية
<ul style="list-style-type: none"> • إعاقة أو عمى موثق قبل عمر 22 عامًا؛ • الحصول على مخصصات دخل الضمان التكميلي بسبب العمى أو الإعاقة حتى بدء تلقي مخصصات الضمان الاجتماعي للأطفال البالغين ذوي الإعاقة (DAC) • و • لديك موارد أقل من مستوى مصدر دخل الضمان التكميلي (SSI) البالغ 2000.00 دولار 	<p>طفل بالغ ذو إعاقة (DAC)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • العمل في منصب بأجر؛ ➤ كعب (كعوب) شيك الأجر الحالي، أو شيك (شيكات) الراتب، أو إقرار ضريبة الدخل، أو نموذج W-2، أو سجلات الودائع المصرفية، أو خطاب من صاحب العمل ○ في حالة عدم توفرها، يمكن قبول بيان مكتوب من صاحب العمل يوضح ساعات العمل والأجر المدفوع كدليل على العمل • صاحب عمل حر ➤ بيان بساعات العمل، ولصالح من، والدخل المكتسب من كل عميل (إذا كانوا أكثر من واحد)؛ • نموذج DOH-5029، التقرير الطبي MBI-WPD، التقرير الطبي المستمر لمراجعة الإعاقة (مع 12 شهرًا من السجلات الطبية للتعديل وملاحظات التقدم من جميع الأطباء المعالجين) • التقرير الطبي لصدور قرار بشأن الإعاقة، النموذج LDSS-486T، (مع 12 شهرًا من السجلات الطبية للتعديل وملاحظات التقدم من جميع الأطباء المعالجين) • DOH-5178A، الملحق الخاص بـ Access NY • شهادة فريق مراجعة الإعاقة، النموذج LDSS-639 أو شهادة فريق مراجعة الإعاقة، النموذج LDSS-5144 • استبيان الإعاقة، النموذج LDSS-1151 	<p>شرح برنامج Buy-In من Medicaid للأشخاص العاملين ذوي الإعاقات (MBI-WPD)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • رعاية طفل أو أقارب آخرين عمرهم أقل من 18 عامًا أو أقل من 19 عامًا في المدرسة 	<p>الدخل الإجمالي المعدّل المتغير (MAGI)</p>

الإثباتات المقبولة	نوع الميزانية
<ul style="list-style-type: none"> • تلقي كل من تأمين الإعاقة والناجين والتقاعد (RDSI) المقدم من الضمان الاجتماعي ودخل الضمان التكميلي (SSI) في الوقت نفسه في أبريل 1977 أو بعده 	تعديل Pickle
<ul style="list-style-type: none"> • إثبات الدخل • إثبات الموارد 	تخفيض إنفاق الفائض
<ul style="list-style-type: none"> • نموذج MAP-3057؛ معيار الدخل الخاص لنفقات المسكن الخاصة بالأفراد الذين تم خروجهم من منشأة رعاية/منشأة رعاية البالغين والملتحقين ببرنامج الرعاية المدارة طويلة الأجل (MANAGED LONG TERM CARE, MLTC) • الإيجار أو نفقات المسكن الأخرى • بعد البقاء 30 يومًا على الأقل في المنشأة 	معيار الإسكان الخاص بعد الخروج من دار التمريض/دار المسنين أو التسجيل حديثاً أو البقاء مسجلاً في الرعاية المدارة طويلة الأجل
<ul style="list-style-type: none"> • الزوج(ة) بقسم الأهلية لدار التمريض (NHED)/الإعفاء الخاص بإصابات الدماغ الرضحية (TBI)، و/أو برنامج الرعاية المدارة طويلة الأجل (MLTC) أو برنامج الحاجة الفورية 	الحرمان من النفقة الزوجية
<ul style="list-style-type: none"> • MAP-2161، إقرار مقدم الطلب/المستلم بشأن الدخل/الموارد الخاصة بالقرب المسؤول قانونياً 	رفض الزوج/الزوجة

هل تعاني من إعاقة أو حالة طبية أو حالة صحية عقلية؟ 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.

الوثائق الخاصة ببرنامج مدخرات Medicare
(MEDICARE SAVINGS PROGRAM, MSP)

عزيزنا مقدم طلب الالتحاق ببرنامج مدخرات Medicare:

يجب تقديم الوثائق (الإثباتات) المنطبقة المدرجة أدناه بالإضافة إلى طلب التقدم المَوْقع الخاصين بك و/أو بكل فرد من أفراد أسرتك ممن يطلبون الحصول على تغطية برنامج مدخرات Medicare. احرص على الاطلاع على كل فئة من الأربع (4) فئات المدرجة أدناه حيث يمكن أن تنطبق أكثر من واحدة أو جميعها عليك. إذا كنت تتقدم بطلب عن طريق البريد، تذكر من فضلك أن ترسل نسخة مصورة فقط من الوثائق الخاصة بك. لا ترسل الوثائق الأصلية الخاصة بك عن طريق البريد.

إذا اخترت تقديم الطلب بنفسك، يمكنك إحضار الوثائق الأصلية الخاصة بك معك. سوف نقوم بعمل نسخ لحفظها في ملفتنا.

لكي تتجنب احتمالية أن نطلب منك وثائق إضافية قبل أن نتمكن من إتمام المراجعة الخاصة بنا، يُرجى الحرص على تقديم جميع الإثباتات اللازمة عند قيامك بالإجابة.

1. إثبات الدخل (قم بتقديم الوثائق التي تنطبق)

نوع الإثبات المطلوب	نوع الدخل
كعوب/شيكات الأجر الحالية (4 أسابيع متتالية) أو خطاب من صاحب العمل عليه اسم وعنوان الشركة وموقع ومؤرخ، وإقرار حديث بضرية الدخل موقع ومؤرخ وجميع الجداول، سجلات الأعمال التجارية/الرواتب	الدخل المكتسب من صاحب العمل
إقرار حديث بضرية الدخل موقع ومؤرخ وجميع الجداول، أو سجل الإيرادات والنفقات، سجلات الأعمال التجارية	دخل العمل الحر
خطاب أو كعب شيك من النزيل، الساكن الداخلي، المستأجر	الدخل من الإيجار/النزيل-الساكن الداخلي
خطاب/شهادة الإعانة، شيك المخصصات، مراسلة من إدارة العمل بولاية نيويورك (NYS Dept. of Labor)	مخصصات البطالة
بيان الجهة المانحة للمعاش/المدفوعات السنوية	المعاشات/المدفوعات السنوية الخاصة
خطاب/شهادة الإعانة، بيان المخصصات السنوي، مراسلة من إدارة الضمان الاجتماعي (Social Security Administration)	الضمان الاجتماعي
خطاب من الشخص الذي يقدم الإعانة، خطاب من المحكمة، كعب شيك نفقة/إعالة الطفل، نسخة من NY Epicard مرفق بها نموذج مطبوع، نسخة من معلومات حساب إعالة الطفل من www.newyorkchildsupport.com ، نسخة من كشف الحساب المصرفي يوضح الإيداع المباشر	نفقة/إعالة الطفل
خطاب، كعب شيك الإعانة	تعويض العاملين
خطاب الإعانة، كعب شيك المخصصات، مراسلة من إدارة المحاربين القدامى (Veterans Administration)	مخصصات المحاربين القدامى
خطاب، كعب شيك الإعانة	مدفوعات الجيش
بيان و/أو خطاب موقع من فرد العائلة أو الصديق	إعالة مقدمة من أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء
وثيقة صندوق الائتمان التي تبين إذا ما كنت قد تلقيت أنت أو زوجتك/زوجك مدفوعات منه أو إذا ما كنتما مستفيدين مدرجين بأحد صناديق الائتمان	دخل من أحد الصناديق الائتمانية
خطاب يبين مبلغ المساعدة المتلقاة أو خطاب/شهادة الإعانة	أمور أخرى: مدفوعات دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI)، المنح أو القروض الطلابية

الهوية والمواطنة أو حالة الهجرة الحالية (قم بتقديم الوثائق التي تنطبق)

نوع الإثبات المطلوب	الفئة
نسخة من الجهة الأمامية والخلفية من بطاقة برنامج Medicare الخاصة بك وبزوجتك/زوجك، إذا كان ينطبق ملاحظة: للعملاء الذين يفيدون بأنهم مواطنون أمريكيون، فإن تلقي تغطية برنامج Medicare يُعد دليلاً كافياً لإثبات المواطنة/الهوية؛ لكن، لا يمكن استخدام إثبات تلقي هذه التغطية كإثبات لحالة هجرة أو هوية صالحتين لأولئك العملاء الذين ليسوا مواطنين أمريكيين.	المواطنة/الهوية
نموذج I-551 "البطاقة الخضراء" من إدارة USCIS	مقيم دائم بشكل قانوني (Lawful Permanent Resident, LPR)/مهاجر
وثائق هجرة رسمية صادرة من وكالة الهجرة الفيدرالية (Federal Immigration Agency)	حالة هجرة مؤهلة أخرى

2. عنوان الإقامة/المنزل (قم بتقديم أي واحد من الإثباتات الآتية)

نوع الإثبات المقبول (قم بتقديم أي واحد من الإثباتات)	نوع الإثبات المقبول (قم بتقديم أي واحد من الإثباتات)
<ul style="list-style-type: none"> • بطاقة تعريف هوية مزودة بعنوان صادرة من الحكومة • مظروف مختوم بختم بريدي غير مزود بفتحة إظهار عنوان المتلقي أو بطاقة بريدية أو ملصق مجلة به الاسم والعنوان والتاريخ (ملاحظة: لا يمكن استخدام هذه الإثباتات المشار إليها إذا كانت مرسلة إلى أحد صناديق البريد) • رخصة قيادة صادرة خلال الـ 6 أشهر الماضية • فاتورة مرافق صادرة خلال آخر ستة أشهر (غاز أو كهرباء أو هاتف أو وقود أو ماء أو كابل) أو مراسلة من إحدى وكالات الحكومة • سجل مدرسي مذكور فيه العنوان • سجلات ضرائب عقارية أو بيان رهن عقاري • خطاب/عقد إيجار/إيصال إيجار به عنوان المنزل مرسل من قبل المالك 	<ul style="list-style-type: none"> • بطاقة تعريف هوية مزودة بعنوان صادرة من الحكومة • رخصة قيادة صادرة خلال الـ 6 أشهر الماضية • سجل مدرسي مذكور فيه العنوان • خطاب/عقد إيجار/إيصال إيجار به عنوان المنزل مرسل من قبل المالك

3. أقساط التأمين الصحية (قم بتقديم أي واحد مما يلي، إذا كان ينطبق)

نوع الإثبات المقبول (قم بتقديم أي واحد من الإثباتات)	نوع الإثبات المقبول (قم بتقديم أي واحد من الإثباتات)
<ul style="list-style-type: none"> • خطاب من صاحب العمل • بيان بالقسط • بيان بالقسط 	<ul style="list-style-type: none"> • خطاب من صاحب العمل • بيان بالقسط • بيان بالقسط

هل تعاني من حالة صحية أو إعاقة بدنية أو ذهنية؟ هل تجعل هذه الحالة فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه أمرًا صعبًا عليك؟ هل تجعل هذه الحالة من حصولك على الخدمات الأخرى المتوفرة لدى إدارة الموارد البشرية (HRA) أمرًا صعبًا؟ يمكننا مساعدتك. اتصل بنا على الرقم 212-331-4640. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يكفل لك القانون حق طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة.