

**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 ou autres soins de longue durée communautaires

Détails complémentaires : _____

Justificatifs acceptables

- Justificatif de revenu
- Justificatif de ressources
- 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.

**Liste de contrôle pour la documentation sur la modification
du calcul du montant des prestations sociales**



Modification du calcul du montant des prestations sociales

Type de budget	Justificatifs acceptables
Enfant handicapé adulte (Disabled Adult Child, DAC)	<ul style="list-style-type: none"> • Certification de handicap ou de cécité avant l'âge de 22 ans • Perception des allocations de revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI) en raison d'une cécité ou d'un handicap jusqu'au début de la perception des allocations Enfant handicapé adulte de la Sécurité sociale <p style="text-align: center;">et</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressources inférieures au niveau de ressources de 2 000,00 \$ du revenu supplémentaire de sécurité (SSI)
Subvention pour les travailleurs handicapés de Medicaid (Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities, MBI-WPD)	<ul style="list-style-type: none"> • Emploi rémunéré <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bulletin(s) de paie, chèque(s) de paie, déclaration d'impôt sur le revenu formulaire W-2, relevés de dépôts bancaires ou une lettre de l'employeur ○ Si ces documents ne sont pas disponibles, une déclaration écrite de l'employeur précisant le nombre d'heures travaillées et le salaire versé pourrait être un justificatif d'emploi accepté • Travailleur indépendant <ul style="list-style-type: none"> ➤ Une fiche précisant les heures travaillées, le nom du client concerné et le chiffre d'affaires pour chaque client (s'il y en a plusieurs) • DOH-5029, Rapport médical MBI-WPD Rapport médical Examen d'invalidité continue (avec dossiers médicaux du client et notes de tous les médecins traitants concernant l'évolution sur 12 mois) • LDSS-486T, Rapport médical pour la détermination d'une invalidité (avec dossiers médicaux du client et notes de tous les médecins traitants concernant l'évolution sur 12 mois) • DOH-5178A, Annexe A Access NY • LDSS-639, Certificat de l'équipe d'examen d'invalidité ou LDSS-5144, Certificat de l'équipe d'examen d'invalidité • LDSS-1151 Questionnaire relatif à l'invalidité
Revenus bruts ajustés modifiés (Modified Gross Adjusted Income, MAGI)	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge d'un(e) enfant ou d'autres parents de moins de 18 ans ou de moins de 19 ans scolarisés

Type de budget	Justificatifs acceptables
Pickle	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaire simultanément de l'Assurance invalidité de retraite destinée aux survivants de la Sécurité sociale (Retirement Survivor's Disability Insurance, RDSI) et du revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI), à partir d'avril 1977
Réduction de la désépargne	<ul style="list-style-type: none"> • Justificatif de revenu • Justificatif de ressources
Norme spéciale relative au logement après la sortie d'un établissement de soins infirmiers ou d'un centre pour adultes et nouvellement inscrit ou demeurant inscrit à des soins de longue durée gérés	<ul style="list-style-type: none"> • MAP-3057, Norme spéciale relative aux revenus pour les frais de logement concernant les personnes qui sont sorties d'un établissement de soins infirmiers ou d'un centre pour adultes, qui sont inscrits à un programme de soins de longue durée gérés (Managed Long Term Care, MLTC) • Loyer ou autres frais de logement • Au moins 30 jours passés dans un établissement
Pauvreté du conjoint (de la conjointe)	<ul style="list-style-type: none"> • Division responsable de l'admissibilité d'un(e) conjoint(e) en établissement de soins infirmiers (Spouse in a Nursing Home Eligibility Division, NHED)/dérogation pour les personnes souffrant de lésions cérébrales traumatiques (Traumatic Brain Injury, TBI) et/ou soins de longue durée gérés (MLTC) ou programme pour besoin immédiat
Refus du conjoint (de la conjointe)	<ul style="list-style-type: none"> • MAP-2161, Déclaration du demandeur/bénéficiaire concernant les revenus/ressources d'un parent responsable légal

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.

**GUIDE DE LA DOCUMENTATION DU
PROGRAMME D'ÉPARGNE MEDICARE
(MEDICARE SAVINGS PROGRAM,
MSP)**



Cher demandeur du Programme d'épargne Medicare,

Les documents (justificatifs) applicables indiqués ci-dessous doivent être remis avec la demande signée **pour vous ou pour chaque membre** de votre foyer afin de demander la couverture du Programme d'épargne Medicare. N'oubliez pas de consulter les quatre (4) catégories mentionnées, car il est possible que plusieurs d'entre elles, voire toutes, s'appliquent à votre cas. Si vous envoyez votre demande par courrier, n'oubliez pas de n'envoyer que des **photocopies** de vos documents. **N'envoyez pas les originaux.**

Si vous choisissez de vous présenter en personne pour déposer votre demande, vous pouvez apporter les documents originaux. Nous en ferons des photocopies.

Afin d'éviter que nous vous demandions de fournir des documents supplémentaires avant de pouvoir terminer notre examen, **veuillez vous assurer de joindre tous les justificatifs nécessaires à votre réponse.**

1. JUSTIFICATIF DE REVENUS (fournir la documentation applicable)

Type de revenu	Type de justificatif demandé
Revenus versés par un employeur	Bulletins/chèques de salaire récents (sur quatre semaines consécutives) ou lettre de l'employeur sur le papier à en-tête de l'entreprise, datée et signée, dernière déclaration fiscale datée et signée et toutes les annexes, dossiers commerciaux/registres de paie
Revenus perçus dans le cadre d'une activité indépendante	Dernière déclaration fiscale datée et signée et tous les livres ou registres de recettes et dépenses, dossiers commerciaux
Revenu locatif/d'un colocataire/pensionnaire	Lettre du pensionnaire, colocataire ou locataire ou talons de chèques
Allocations chômage	Certificat/lettre d'octroi, chèque d'allocations, courrier du Département du travail de l'État de New York (NYS Department of Labor)
Pensions privées/rentes	Relevés de pensions/rentes
Sécurité sociale	Certificat/lettre d'octroi, relevé annuel de prestations ou correspondance de l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration)
Aide à l'enfance (Child Support)/pension alimentaire	Lettre de la personne versant les prestations, lettre du tribunal, talon de chèque de l'aide à l'enfance/de la pension alimentaire, copie de la carte NY Epicard avec copie imprimée, copie des informations sur le compte de l'aide à l'enfance provenant du site www.newyorkchildsupport.com , ou copie de relevé bancaire montrant le dépôt direct
Indemnisation d'accident du travail	Lettre d'attribution de prestations, talon de chèque de prestations
Prestations aux anciens combattants	Lettre d'attribution de prestations, talon de chèque de prestations, correspondance du Bureau d'administration des vétérans (Veterans Administration)
Solde militaire	Lettre d'attribution de prestations, talon de chèque de prestations
Aide d'autres membres de la famille ou d'amis	Lettre ou déclaration signée du membre de la famille ou de l'ami
Revenu d'un fonds	Documents du fonds indiquant si vous, ou votre conjoint(e), avez reçu des paiements de ou êtes un bénéficiaire désigné du fond
Autre : paiements du Revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI), indemnités pour frais d'étude ou prêts étudiants	Lettre indiquant le montant de l'aide reçu ou certificat/lettre d'octroi

JUSTIFICATIF D'IDENTITÉ ET DE CITOYENNETÉ OU STATUT D'IMMIGRATION ACTUEL (fournir la documentation applicable)

Catégorie	Type de justificatif demandé
Citoyenneté/identité	Photocopiez votre carte Medicare et celle de votre conjoint(e) (recto verso), le cas échéant. Remarque : pour les personnes pouvant attester qu'elles ont la citoyenneté des États-Unis, un reçu de Medicare suffit comme preuve de l'identité/la citoyenneté ; toutefois, ce dernier ne peut pas être utilisé comme preuve du statut d'immigration ou d'identité pour les personnes qui ne sont pas des citoyens des États-Unis.
Résident permanent légal (Lawful Permanent Resident, LPR)/Immigrant	Formulaire USCIS I-551 « carte verte »
Autre statut d'immigration admissible	Documents officiels émis par l'agence fédérale de l'immigration (Federal Immigration Agency)

2. JUSTIFICATIF DE RÉSIDENCE/DOMICILE (fournir un des documents suivants)

Type de justificatif demandé (un seul demandé)	
<ul style="list-style-type: none">• Pièce d'identité officielle avec adresse• Permis de conduire délivré dans les six derniers mois• Livret scolaire avec adresse• Contrat de bail/courrier/quittance de loyer avec l'adresse de votre domicile délivré(e) par votre propriétaire	<ul style="list-style-type: none">• Enveloppe sans fenêtre, carte postale ou étiquette de magazine avec nom, adresse et date, avec cachet de la poste (Remarque : ces éléments ne peuvent pas être utilisés s'ils sont envoyés à une boîte postale [P.O. Box])• Facture datant des six derniers mois (gaz, électricité, téléphone, chauffage, eau ou TV satellite) ou courrier d'une agence gouvernementale• Avis de taxes foncières ou relevé d'hypothèque

3. PRIMES D'ASSURANCE MALADIE (fournir un des documents suivants, le cas échéant)

Type de justificatif demandé (un seul demandé)		
<ul style="list-style-type: none">• Lettre de l'employeur	<ul style="list-style-type: none">• Attestation de prime	<ul style="list-style-type: none">• Attestation de prime

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 part de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au 212 331 4640. Vous pouvez également demander de l'aide lorsque vous vous rendez dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.