

**WNIOSK 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

Dodatkowe informacje: _____

Akceptowalne potwierdzenia

- Potwierdzenie dochodu
- Dowód środków
- 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.

Zmiana ustalania budżetu

Typ budżetu	Akceptowalne potwierdzenia
Dorośle niepełnosprawne dziecko (Disabled Adult Child, DAC)	<ul style="list-style-type: none"> • Potwierdzona niepełnosprawność lub ślepota u osoby w wieku poniżej 22 lat; • Otrzymywało świadczenia SSI z powodu ślepoty lub niepełnosprawności, zanim zaczęło otrzymywać świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego dorosłego niepełnosprawnego dziecka (DAC) <p style="text-align: center;">oraz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posiada środki poniżej poziomu zapomogi uzupełniającej (Supplemental Security Income, SSI) wynoszącego 2000 USD
Program wykupu Medicaid dla niepełnosprawnych osób pracujących (Medicaid Buy-In Program For Working People with Disabilities, MBI-WPD)	<ul style="list-style-type: none"> • Praca za wynagrodzeniem; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aktualne paski płacowe, odcinki wynagrodzenia, deklaracja podatkowa, formularz W-2, zestawienie wpłat na konto w banku lub pismo od pracodawcy <ul style="list-style-type: none"> ○ Jeśli dokumenty te nie są dostępne, za dowód pracy może być uznane pisemne oświadczenie pracodawcy z podaniem przepracowanych godzin i wypłaconego wynagrodzenia • Samozatrudnienie <ul style="list-style-type: none"> ➤ Arkusz z informacjami o przepracowanych godzinach pracy, klientach i uzyskanym dochodzie od poszczególnych klientów (jeśli więcej niż jeden); • DOH-5029, raport medyczny dotyczący niepełnosprawnych osób pracujących (Medicaid Buy-In Program For Working People with Disabilities, MBI-WPD), poprawa stanu zdrowia i ocena dalszej niepełnosprawności (Continuing Disability Review, CDR) (dokumentacja medyczna z ostatnich 12 miesięcy oraz notatki lekarzy prowadzących o postępach w leczeniu) • LDSS-486T, raport medyczny określający stopień niepełnosprawności (dokumentacja medyczna z ostatnich 12 miesięcy oraz notatki lekarzy prowadzących o postępach w leczeniu) • DOH-5178A Załącznik A Access NY • LDSS-639, Opinia zespołu orzekającego o niepełnosprawności (Disability Review Team Certificate) lub LDSS-5144, Opinia zespołu orzekającego o niepełnosprawności (Disability Review Team Certificate) • LDSS-1151 Kwestionariusz dotyczący niepełnosprawności
Zmieniony skorygowany dochód brutto (MAGI)	<ul style="list-style-type: none"> • Opieka nad dzieckiem lub innymi krewnymi w wieku poniżej 18. lub 19. roku życia uczęszczającym(i) do szkoły

Typ budżetu	Akceptowalne potwierdzenia
Trudna sytuacja	<ul style="list-style-type: none"> Otrzymywanie zarówno zasiłku emerytalnego, zasiłku dla członka rodziny będącego na utrzymaniu osoby uprawnionej do zasiłków z ubezpieczenia społecznego, zasiłku z tytułu niepełnosprawności (Retirement, Survivor, Disability Insurance, RDSI) z ubezpieczenia społecznego i zapomogi uzupełniającej (Supplemental Security Income, SSI) w tym samym czasie lub od kwietnia 1977 r.
Redukcja wydatków	<ul style="list-style-type: none"> Potwierdzenie dochodu Dowód środków
Specjalny standard mieszkaniowy po wypisaniu z domu opieki / domu dla dorosłych, zapisaniu po raz pierwszy lub pozostawaniu zapisanym do programu zarządzanej opieki długoterminowej	<ul style="list-style-type: none"> MAP-3057, Specjalny standard dotyczący dochodów w zakresie wydatków mieszkaniowych dla osób wypisanych z placówki opiekuńczej / domu dla dorosłych i zapisujących się do programu opieki długoterminowej (Managed Long Term Care, MLTC) Czynsz lub inne wydatki mieszkaniowe Co najmniej 30 dni w placówce
Zubożenie współmałżonka	<ul style="list-style-type: none"> Współmałżonek objęty programem Wydziału ds. Uprawnień do Opieki w Domu Opieki (Nursing Home Eligibility Division, NHED) / programem pomocy dla osób po urazowym uszkodzeniu mózgu (Traumatic Brain Injury, TBI) lub programem opieki długoterminowej (MLTC), lub programem natychmiastowej opieki (Immediate Need)
Odmowa współmałżonka	<ul style="list-style-type: none"> MAP-2161, Deklaracja wnioskodawcy/świadczeniobiorcy dotycząca dochodu/zasobów krewnego odpowiedzialnego prawnie

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.

**PROGRAM OSZCZĘDNOŚCIOWY
MEDICARE (MSP) INFORMATOR O
DOKUMENTACJI**



Szanowny wnioskodawco programu Medicare Savings Program!

Dokumenty (dowody) wymienione poniżej, które mają zastosowanie, należy przysyłać wraz z podpisanym wnioskiem **Pana(-i) oraz każdego członka** Pana(-i) gospodarstwa domowego, wnioskującego o objęcie programem oszczędnościowym Medicare. Prosimy przejrzeć każdą z czterech (4) możliwych kategorii wymienionych poniżej, ponieważ może Pana(-ią) dotyczyć więcej niż jedna kategoria. Przy składaniu wniosku drogą e-mailową prosimy pamiętać, aby wysyłać **wyłącznie fotokopie** dokumentów. **Prosimy nie wysyłać oryginałów.**

Jeśli postanowi Pan(i) złożyć wniosek osobiście, może Pan(i) przynieść oryginalne dokumenty. Sami wykonamy ich kopie.

Aby uniknąć konieczności proszenia Pana(-i) o dodatkowe dokumenty przed zakończeniem analizy, **prosimy upewnić się, że wszystkie niezbędne dowody zostały przesłane wraz z odpowiedzią.**

1. POTWIERDZENIE DOCHODÓW (należy dostarczyć właściwą dokumentację)

Rodzaj dochodu	Wymagany typ potwierdzenia
Dochód uzyskany z pracy u pracodawcy	Aktualne odcinki czeków/wynagrodzenia (4 kolejne tygodnie) lub pismo od pracodawcy na papierze firmowym, podpisane i oznaczone datą, podpisane i oznaczone datą rozliczenie podatkowe wraz ze wszystkimi formularzami dodatkowymi, dokumentacja firmowa/wynagrodzenia
Dochód z własnej działalności	Aktualna podpisana i oznaczona datą deklaracja podatkowa i wszystkie formularze dodatkowe lub dokumentacja dochodów i wydatków, dokumentacja firmowa
Dochód pochodzący od najemców / lokatorów	Pismo od lokatora, najemcy, dzierżawcy lub odcinek czeku
Świadczenia dla osób bezrobotnych	Pismo przyznające świadczenia / certyfikat, odcinek czeku ze świadczeniami, korespondencja z Wydziału Pracy NYS (NYS Dept. of Labor)
Prywatne emerytury/renty	Zestawienie emerytury/renty
Ubezpieczenie społeczne	Pismo/certyfikat przyznający świadczenia, coroczne zestawienie świadczeń, korespondencja z Wydziału Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration)
Świadczenia alimentacyjne na rzecz dzieci	Pismo od osoby płacącej alimenty, pismo z sądu, odcinek czeku ze świadczeniem alimentacyjnym, kopia NY Epicard z wydrukiem, kopia informacji o koncie do świadczeń alimentacyjnych z www.newyorkchildsupport.com , kopia wyciągu bankowego wskazującego przelew bezpośredni
Odszkodowanie pracownicze	Pismo o przyznaniu świadczeń, odcinek czeku
Świadczenia dla weteranów	Pismo przyznające świadczenia, odcinek czeku ze świadczeniami lub korespondencja z Urzędu Weteranów (Veterans Administration)
Wynagrodzenie wojskowe	Pismo o przyznaniu świadczeń, odcinek czeku
Pomoc od innych członków rodziny lub przyjaciół	Podpisane oświadczenie i/lub list od członka rodziny lub przyjaciela
Dochód z funduszu powierniczego	Dokument funduszu powierniczego wskazujący, że Pana(-i) lub Pana(-i) małżonek(-ka) otrzymał(a) płatności z takiego funduszu lub jest beneficjentem(-ką) funduszu powierniczego
Inne: Zapomoga uzupełniająca (SSI) płatności, stypendia lub pożyczki studenckie	Pismo informujące o wysokości otrzymanej pomocy lub pismo lub certyfikat przyznające świadczenie

TOŻSAMOŚĆ I OBYWATELSTWO LUB AKTUALNY STATUS IMIGRACJI (należy dostarczyć odpowiednią dokumentację)

Kategoria	Wymagany typ potwierdzenia
Obywatelstwo/tożsamość	Należy wykonać kopie przedniej i tylnej strony karty Medicare Pana(-i) i współmałżonka(-i), jeżeli dotyczy Uwaga! Klienci potwierdzający obywatelstwo Stanów Zjednoczonych, otrzymywanie Medicare jest wystarczającym dowodem obywatelstwa/tożsamości. Nie może jednak być wykorzystywane jako dowód odpowiedniego statusu imigracyjnego lub tożsamości dla klientów, którzy nie są obywatelami USA.
Status legalnego mieszkańca (LPR) / imigranta	Formularz USCIS I-551 „Zielona karta”
Inny kwalifikowany status imigracyjny	Oficjalna dokumentacja imigracyjna wystawiona przez Federalny Urząd Imigracyjny (Federal Immigration Agency)

2. ADRES ZAMIESZKANIA/DOMOWY (zapewnić jeden z poniższych dokumentów)

Akceptowany typ potwierdzenia (należy przesłać dowolny)	
<ul style="list-style-type: none"> Dowód tożsamości z adresem wydany przez władze rządowe Prawo jazdy wystawione w ciągu ostatnich 6 miesięcy Dokumentacja szkolna z adresem Rachunek najmu/czynszu lub pismo z adresem miejsca zamieszkania od osoby wynajmującej 	<ul style="list-style-type: none"> Opatrzona stemplem pocztowym koperta bez okienka, kartka pocztowa lub etykieta magazynowa z imieniem i nazwiskiem, adresem i datą (Uwaga: Tych elementów nie należy używać, jeśli przesyłka jest wysyłana do skrzynki pocztowej P.O.) Rachunek za media z ostatnich sześciu miesięcy (gaz, energia elektryczna, telefon, paliwo, woda lub telewizja kablowa) lub korespondencja z agencji rządowej Dokumentacja podatku od nieruchomości lub zestawienie hipoteczne

3. SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE (zapewnić jeden z poniższych dokumentów, jeśli mają zastosowanie)

Akceptowany typ potwierdzenia (należy przesłać dowolny)		
<ul style="list-style-type: none"> Pismo od pracodawcy 	<ul style="list-style-type: none"> Oświadczenie dotyczące składek 	<ul style="list-style-type: none"> Oświadczenie dotyczące składek

Czy jest Pan(i) niepełnosprawny(-a), chory(-a) lub chory(-a) psychicznie? Czy stan Pana(-i) zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego powiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy Pana(-i) stan zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy zadzwonić pod numer 212-331-4640. Pomoc można również uzyskać podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z prawem ma Pan(i) prawo otrzymać taką pomoc.