

**ЗАПРОС КЛИЕНТА/ПОСТАВЩИКА ОБ ИЗМЕНЕНИИ
ИНФОРМАЦИИ В ДЕЛЕ
(ТРЕБУЮТСЯ ДОКУМЕНТЫ)**

Примечание: данный документ предназначен только для исправления/изменения информации, указанной в данной форме. Для изменения демографических данных клиента сотрудникам необходима форма [MAP-751k «Запрос клиента/поставщика об изменении информации в деле \(документы не требуются\)»](#).

Название дела: _____

Номер дела: _____ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (CIN): _____

Просим учесть, что в отношении запрошенного вами изменения будет отправлено уведомление о праве на участие.

ИСПРАВЬТЕ/ИЗМЕНИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ)

Полностью закрыть дело

Дополнительная информация _____

Приемлемое подтверждение

- Подписи клиента и/или представителя в данной форме

Объединить дело

Номер текущего дела: _____ С делом под номером: _____

Дополнительная информация _____

Приемлемое подтверждение

- Подписи клиента и/или представителя в данной форме

Добавление лица в дело

Имя и фамилия: _____

Дополнительная информация _____

Приемлемое подтверждение

- DOH-4220 «Заявление на участие в программе Access NY»

Удаление лица из дела

Дополнительная информация _____

Приемлемое подтверждение

- Подписи клиента и/или представителя в данной форме

Уведомление о смерти

Для: _____

Дополнительная информация _____

Приемлемое подтверждение

- Свидетельство о смерти

Изменение иммиграционного статуса

с: _____ на: _____

Дополнительная информация _____

Приемлемые подтверждения

- I-94 «Запись о прибытии/отбытии»
- I-551 Постоянный вид на жительство («грин-карта»)
- I-766 «Карточка разрешения на трудоустройство»
- I-797 «Уведомление о принятии решения или его рассмотрении»
- Подтверждение непрерывного проживания на территории США до 1 января 1972 г.
- Иные официальные документы, которые подтверждают изменение иммиграционного статуса

Расширение прав на получение персонального ухода / других услуг долгосрочного медицинского обслуживания по месту жительства

Дополнительная информация _____

Приемлемые подтверждения

- Справка о доходах
- Справка об имуществе
- DOH-5178A «Дополнительная форма А по программе Access NY»

Оценка накопительной программы Medicare (Medicare Savings Program, MSP)

Дополнительная информация _____

Приемлемые подтверждения

- См. приложенную форму MAP-628j «Перечень требуемых документов для накопительной программы Medicare»
Внимание: если вы уже подавали форму MAP-628j вместе с заявлением на получение страхования по программе Medicaid, вам больше нет необходимости предоставлять никаких дополнительных документов.

Изменения финансирования

Совершеннолетний ребенок-инвалид Программа Medicaid Buy-In для работающих людей с инвалидностью (MBI-WPD)

Валовой доход с поправками и изменениями (MAGI) Поправка Pickle Уменьшение избыточного дохода

Особый расчет доли расходов на жилье для лиц, выписанных из учреждений сестринского ухода / домов для престарелых лиц и инвалидов и зачисленных в Программу контролируемого длительного медобслуживания (Managed Long-Term Care)

Обнищание супругов Отказ супруга/супруги

Дополнительная информация _____

Приемлемые подтверждения

- См. прикрепленную форму MAP-751x «Перечень документов для изменения финансирования»

Объединенный траст

- Составление бюджета для нового траста Бюджет для увеличения депозитов

Дополнительная информация _____

Приемлемые подтверждения

- Копия договора присоединения к объединенному трасту
- Копия письменной доверенности (если имеется)
- Подтверждение депозита
- Решение или запрос о признании вас лицом с инвалидностью по линии социального страхования (LDSS-486T «Медицинское заключение об инвалидности», LDSS-1151 «Удостоверение инвалидности», MAP-751e «Разрешение на передачу информации медицинского характера», OCA-960 «Форма разрешения на передачу личной медицинской информации по закону HIPAA»)

Добавление или удаление данных о стороннем медицинском страховании

Дополнительная информация _____

Приемлемое подтверждение

- MAP-404d «Уведомление о подтверждении медицинского страхования»
- MAP-404e «Уведомление об удалении данных о стороннем медицинском страховании»
- MAP-404g «Запрос на удаление данных о коммерческом полисе медицинского страхования у стороннего поставщика»

Не перечисленные в этой форме изменения

Если запрашиваемого изменения нет в этой форме, укажите дополнительные сведения ниже:

ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ПОДПИСЬ	ДАТА
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ КЛИЕНТА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ПОДПИСЬ	ДАТА

У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность? Это состояние мешает Вам понять смысл данного уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Это нарушение не позволяет Вам пользоваться другими услугами HRA? **Мы можем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру **888-692-6116**. Вы также можете обратиться за помощью во время посещения отделения HRA. У Вас есть законное право требовать такую помощь.

Изменение финансирования

Вид финансирования	Приемлемые подтверждения
Совершеннолетний ребенок-инвалид	<ul style="list-style-type: none"> • Подтверждение слепоты или ограниченных возможностей в возрасте до 22 лет <ul style="list-style-type: none"> • Получение пособий по возрасту или нетрудоспособности (Supplemental Security Income, SSI) в связи со слепотой или инвалидностью, пока не начали получать пособия для совершеннолетних детей-инвалидов в рамках программы социального обеспечения (Social Security Disabled Adult Child, DAC) <p style="text-align: center;">и</p> <ul style="list-style-type: none"> • Объем ваших ресурсов меньший, чем пособие по возрасту или нетрудоспособности в размере 2000 долларов
Программа Medicaid Buy-In для работающих людей с инвалидностью (Medicaid Buy-In Program For Working People with Disabilities, MBI-WPD)	<ul style="list-style-type: none"> • Оплачиваемая работа <ul style="list-style-type: none"> ➢ Действительные квитанции о выплате заработной платы, зарплатные чеки, налоговые декларации, форма W-2, записи банковского депозита или письмо от работодателя <ul style="list-style-type: none"> ○ В случае их отсутствия в качестве доказательства может быть принято письменное заявление от работодателя, где будут указаны количество отработанных часов и сумма выплаченной заработной платы • Индивидуальный предприниматель <ul style="list-style-type: none"> ➢ Финансовая справка, где будут указаны количество отработанных часов, информация о клиентах и сумма дохода от каждого из них (если их несколько) • DOH-5029 «Медицинское заключение по программе MBI-WPD» и «Медицинское заключение по поводу проверки длительной нетрудоспособности» (включая медицинскую документацию клиента и сообщения о ходе лечения от всех врачей за последние 12 месяцев) • LDSS-486T, «Медицинское заключение об инвалидности» (включая медицинскую документацию клиента и сообщения о ходе лечения от всех врачей за последние 12 месяцев) • DOH-5178A «Дополнительная форма А по программе Access NY» • LDSS-639 или LDSS-5144 «Сертификат комиссии по нетрудоспособности» • LDSS-1151 «Анкета по нетрудоспособности»
Валовый доход с поправками и изменениями (Modified Adjusted Gross Income, MAGI)	<ul style="list-style-type: none"> • Забота о ребенке или родственнике младше 18 лет (либо 19 лет, если тот учится в школе)

Вид финансирования	Приемлемые подтверждения
Поправка Pickle	<ul style="list-style-type: none"> Получение помощи по программе страхования для пенсионного обеспечения престарелых, вдов/сирот и инвалидов (Social Security Retirement Survivor's Disability Insurance, RSDI) и пособия по возрасту или нетрудоспособности одновременно или после апреля 1977 г.
Уменьшение избыточного дохода	<ul style="list-style-type: none"> Справка о доходах Справка об имуществе
Особый расчет доли расходов на жилье для лиц, которые выписаны из учреждений сестринского ухода / домов для престарелых и инвалидов и участвуют в Программе контролируемого длительного медобслуживания (Managed Long-Term Care)	<ul style="list-style-type: none"> MAP-3057 «Особый стандарт расчета доли расходов на жилье в общих доходах лиц, выписанных из учреждений, осуществляющих уход за престарелыми, и зачисленных в Программу контролируемого длительного медобслуживания» Аренда или другие жилищные расходы Не менее 30 дней в учреждении
Обнищание супругов	<ul style="list-style-type: none"> Один из супругов имеет право на услуги учреждения, осуществляющего уход за престарелыми (Nursing Home Eligibility Division, NHED), на участие в Программе льгот в связи с черепно-мозговой травмой (Traumatic Brain Injury (TBI) Waiver) и (или) Программе контролируемого длительного медобслуживания либо в Программе предоставления экстренной помощи
Отказ супруга/супруги	<ul style="list-style-type: none"> MAP-2161 «Декларация заявителя/получателя о доходе/ресурсах юридически ответственного родственника»

У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность? Это состояние мешает Вам понять смысл данного уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Это нарушение не позволяет Вам пользоваться другими услугами HRA? **Мы можем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру **888-692-6116**. Вы также можете обратиться за помощью во время посещения отделения HRA. У Вас есть законное право требовать такую помощь.

**НАКОПИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
MEDICARE (MEDICARE SAVINGS
PROGRAM, MSP)
РУКОВОДСТВО ПО ДОКУМЕНТАМ**



Уважаемый заявитель на участие в накопительной программе Medicare!

Применимые в данном случае документы (подтверждения), перечисленные ниже, необходимо подать вместе с подписанным заявлением **в отношении вас и/или каждого члена** вашей семьи, запрашивающего покрытие по накопительной программе Medicare. Просмотрите каждую из указанных ниже 4 (четырёх) категорий, поскольку к вам может относиться сразу несколько из них (или все). Если вы подаете заявление по почте, помните, что необходимо высылать **только фотокопии** документов. **Не отправляйте по почте оригиналы.**

Если вы решите подать заявление лично, вы можете принести оригиналы своих документов. Мы сделаем их копии для приобщения к вашему делу.

Чтобы исключить вероятность того, что мы запросим дополнительные документы для рассмотрения вашего дела, **обязательно представьте все необходимые подтверждения.**

1. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА (представьте документы, применимые в данном случае)

Вид дохода	Требуемые подтверждающие документы
Доход от работы по найму	Текущие чеки / квитанции о начислении заработной платы (за 4 недели подряд) или справка с места работы на фирменном бланке с числом и подписью, текущая налоговая декларация с числом и подписью, все графики платежей и ведомости хозяйственных операций / заработной платы
Доход от индивидуальной трудовой деятельности	Текущая налоговая декларация с числом и подписью и все графики платежей или документы о доходах и расходах, ведомости хозяйственных операций
Доход от сдачи жилья	Письмо от квартиранта, пансионера, арендатора или корешок чека
Пособие по безработице	Письмо/свидетельство о предоставлении пособия, корешок чека на пособие, письма из Департамента труда штата Нью-Йорк (NYS Dept. of Labor)
Частная пенсия / рента	Справка из пенсионного фонда / от плательщика ренты
Социальное обеспечение	Уведомление/свидетельство о предоставлении обеспечения, годовой расчет выплат, письма из Управления социального обеспечения (Social Security Administration)
Выплаты на содержание ребенка / алименты	Письмо от лица, осуществляющего выплаты, справка из суда, корешок чека об осуществлении выплат на содержание ребенка / алиментов, копия карты NY Erricard с распечаткой, копия сведений о состоянии счета для получения выплат на содержание ребенка с веб-сайта www.newyorkchildsupport.com , копия выписки с банковского счета с указанием операций по прямому зачислению средств на счет
Компенсация в связи с травмой на производстве или профзаболеванием	Письмо о назначении компенсации, корешок чека
Пособие ветеранам	Письмо о назначении пособия, корешок чека на пособие или письма из Управления по делам ветеранов (Veterans Administration)
Денежное довольствие военнослужащих	Письмо о назначении выплат, корешок чека
Материальная помощь со стороны родственников или знакомых	Подписанное заявление и/или письмо соответствующего родственника или знакомого
Доход от доверительного фонда	Документ из доверительного фонда, в котором указано, что вы или ваш(а) супруг(а) получали из него выплаты или являетесь его бенефициаром
Другое: выплаты в рамках программы дополнительной социальной помощи (Supplemental Security Income, SSI), гранты или ссуды на образование	Письмо, в котором указан размер получаемых выплат или справка/свидетельство о предоставлении выплат

УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ И ГРАЖДАНСТВО ИЛИ ТЕКУЩИЙ ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС
(представьте документы, применимые в данном случае)

Категория	Требуемые подтверждающие документы
Гражданство / удостоверение личности	Копия лицевой и обратной стороны вашей карты Medicare и карты вашего (-ей) супруга (-и), если применимо Примечание. Для клиентов, заявляющих о наличии гражданства США, достаточным доказательством гражданства / удостоверением личности является подтверждение получения услуг Medicare, однако оно не может служить подтверждением приемлемого иммиграционного статуса или удостоверением личности тех клиентов, которые не являются гражданами США.
Легальный постоянный житель (Lawful Permanent Resident, LPR) / иммигрант	USCIS, форма I-551 (грин-карта)
Другой приемлемый иммиграционный статус	Официальные иммиграционные документы, выданные Федеральным иммиграционным агентством (Federal Immigration Agency)

2. МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА / ДОМАШНИЙ АДРЕС (представьте любой из указанных ниже документов)

Тип приемлемых подтверждающих документов (необходимо представить любой из перечисленных)	
<ul style="list-style-type: none"> Удостоверение личности государственного образца с указанием адреса Водительское удостоверение, выданное в течение последних шести месяцев Школьный документ с указанием адреса Письмо от домовладельца / договор аренды / квитанция об арендной плате с адресом места проживания 	<ul style="list-style-type: none"> Конверт без прозрачного окошка, открытка или журнал с почтовым штемпелем и именем, фамилией, адресом и датой (Примечание. Такая корреспонденция не может служить подтверждением, если отправляется на абонентский ящик.) Счет за коммунальные услуги, выставленный в течение последних шести месяцев (за газ, электроэнергию, отопление, водоснабжение или кабельное телевидение), или письма из государственного учреждения Документы об оплате налога на недвижимость или ипотечного кредита

3. ВЗНОСЫ НА МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (представьте любой из указанных ниже документов, если применимо)

Тип приемлемых подтверждающих документов (необходимо представить любой из перечисленных)		
<ul style="list-style-type: none"> Справка с места работы 	<ul style="list-style-type: none"> Справка о внесении страховых взносов 	<ul style="list-style-type: none"> Справка о внесении страховых взносов

У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность? Это нарушение мешает Вам понять смысл данного уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Вам трудно пользоваться другими услугами HRA? **Мы сможем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру 212-331-4640. Вы также сможете обратиться за помощью во время посещения офиса HRA. Вы имеете законное право потребовать такую помощь.