

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

(SE NECESITA DOCUMENTACIÓN)



MAP-751w (S) 02/12/2021

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 inmigratoria

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 inmigratoria

Actualizar la elegibilidad para incluir servicios de cuidado personal/otros servicios comunitarios de atención de largo plazo

Más información: _____

Pruebas aceptables

- Prueba de ingresos
- Prueba de recursos
- 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.

Lista de verificación de la documentación para cambios en la elaboración de presupuesto



Cambio en la elaboración de presupuesto

Tipo de presupuesto	Pruebas aceptables
<p>Hijo adulto con discapacidades (Disabled Adult Child, DAC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con discapacidad o ceguera certificadas antes de los 22 años • Recibió beneficios de la SSI por ceguera o por discapacidad hasta que comenzó a recibir los beneficios del Seguro Social para hijos adultos con discapacidades (DAC) <p style="text-align: center;">y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene recursos inferiores al nivel de recursos de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) de \$2,000.00
<p>Programa de Acceso a Servicios de Medicaid para Trabajadores con Discapacidades (MBI-WPD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores en puestos remunerados <ul style="list-style-type: none"> ➢ Recibos de sueldo, cheques de nómina, declaración de impuestos, formulario W-2, registros de depósitos bancarios o una carta del empleador (actuales) <ul style="list-style-type: none"> ○ Si estos no están disponibles, se puede aceptar como prueba de trabajo una declaración escrita del empleador que indique las horas trabajadas y el sueldo pagado • Trabajadores independientes <ul style="list-style-type: none"> ➢ Una tabla con las horas trabajadas y para quién, y los ingresos devengados de cada consumidor (si es más de uno) • DOH-5029, Reporte médico para revisión de la discapacidad continua del grupo de mejora médica del MBI-WPD (con 12 meses de expedientes médicos y notas de progreso del consumidor de todos los médicos que lo atienden) • LDSS-486T, Reporte médico para determinación de discapacidad (con 12 meses de expedientes médicos y notas de progreso del consumidor de todos los médicos que lo atienden) • DOH-5178A, Access NY, Anexo A • LDSS-639, Certificado del equipo de revisión de discapacidad o LDSS-5144, Certificado del equipo de revisión de discapacidad • LDSS-1151, Cuestionario sobre discapacidad
<p>Ingresos brutos ajustados modificados (MAGI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de un menor o de otros familiares menores de 18 años o menores de 19 años que van a la escuela

Tipo de presupuesto	Pruebas aceptables
Pickle	<ul style="list-style-type: none"> Recibió el Seguro para Jubilados, Sobrevivientes y Discapacitados (Retirement Survivors, Disability Insurance, RDSI) del Seguro Social y pagos de la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI) al mismo tiempo en abril de 1977 o después de esa fecha
Reducir el exceso de ingresos (spend down)	<ul style="list-style-type: none"> Prueba de ingresos Prueba de recursos
Estándar especial para vivienda para personas que recibieron el alta de una residencia de atención de largo plazo/residencia para adultos y que se inscribieron recientemente o que siguen inscritas en el Programa de Atención Administrada a Largo Plazo (Managed Long-Term Care, MLTC)	<ul style="list-style-type: none"> MAP-3057, Estándar especial de ingresos para gastos de vivienda para personas que recibieron el alta de una residencia de atención de largo plazo/residencia para adultos y que están inscritas en el Programa de Atención Administrada a Largo Plazo (MLTC) Alquiler u otros gastos de vivienda Al menos 30 días en un centro
Empobrecimiento del cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> Cónyuge en un programa de exención de la División de Elegibilidad para Residencias de Atención de Largo Plazo (Nursing Home Eligibility Division, NHED)/por traumatismo de cráneo (Traumatic Brain Injury, TBI), en el Programa de Atención Administrada a Largo Plazo o en el Programa de Necesidad Inmediata
Negativa del cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> MAP-2161, Declaración del solicitante/beneficiario sobre los recursos/ingresos del familiar legalmente responsable

¿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? ¿Le dificulta obtener otros servicios de 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.

**GUÍA DE DOCUMENTACIÓN DEL
PROGRAMA DE AHORROS DE
MEDICARE (MEDICARE SAVINGS
PROGRAM, MSP)**

Estimado solicitante del Programa de Ahorros de Medicare:

Los documentos (pruebas) enumerados a continuación que correspondan deben presentarse con la solicitud firmada **para usted o para cada miembro** de su grupo familiar que solicite la cobertura del Programa de Ahorros de Medicare. Asegúrese de revisar cada una de las cuatro (4) categorías incluidas a continuación, ya que más de una (o todas) podría corresponder a su caso. Si presenta su solicitud por correo, recuerde que **solamente debe enviar fotocopias** de sus documentos. **No envíe por correo sus documentos originales.**

Si elige presentar su solicitud en persona, puede traer sus documentos originales. Nosotros sacaremos fotocopias de sus expedientes.

A fin de evitar que le pidamos documentos adicionales para poder completar nuestra revisión, **asegúrese de incluir todas las pruebas necesarias en su respuesta.**

1. CONSTANCIA DE INGRESOS (proporcione los documentos que correspondan)

Tipo de ingresos	Tipo de constancia requerida
Ingresos recibidos por parte del empleador	Cheques de pago/recibos de pago actuales (4 semanas consecutivas) o carta del empleador impresa en papel membretado de la compañía, con firma y fecha; declaración de impuestos actual con fecha y firma, y todos los formularios y registros laborales o nóminas
Ingresos por empleo independiente	Declaración de impuestos sobre la renta actual con firma y fecha, además de todos los formularios o registros de ganancias, al igual que gastos y registros laborales
Ingresos por huésped-inquilino/alquiler	Carta del inquilino, huésped o arrendatario, o talón del cheque
Beneficios por desempleo	Carta/certificado de adjudicación, cheque de beneficios, correspondencia del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York (NYS Dept. of Labor)
Pensiones/anualidades privadas	Estado de cuenta de la pensión/anualidad
Seguro Social	Carta/Certificado de adjudicación, declaración de los beneficios anuales, correspondencia de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration)
Manutención infantil/pensión alimenticia	Carta de la persona que proporciona la manutención infantil, carta del tribunal, talón del cheque de manutención infantil/pensión alimenticia, copia de NY Eppicard con impresión, copia de la información sobre la cuenta de manutención infantil obtenida en www.newyorkchildsupport.com , copia del estado de cuenta bancaria donde se muestre un depósito directo
Indemnización laboral	Carta de adjudicación, talón del cheque
Beneficios de veteranos de guerra	Carta de adjudicación, talón del cheque de beneficios, correspondencia de la Administración de Veteranos (Veterans Administration)
Pago por servicio militar	Carta de adjudicación, talón del cheque
Apoyo recibido por parte de otros miembros de la familia o amigos	Declaración o carta firmada del miembro de la familia o amigo
Ingresos de un fideicomiso	Documento de un fideicomiso que indique que usted o su cónyuge recibieron pagos de un fideicomiso o son beneficiarios declarados de un fideicomiso
Otro: Seguridad de Ingresos Suplementarios (Supplemental Security Income, SSI), pagos, becas o préstamos estudiantiles	Carta que indique la suma de la asistencia recibida, o carta o certificado de adjudicación

IDENTIDAD Y CIUDADANÍA O ESTADO DE INMIGRACIÓN ACTUAL (brinde la documentación que corresponda)

Categoría	Tipo de constancia requerida
Ciudadanía o identidad	Fotocopia del anverso y del reverso de la tarjeta de Medicare de su cónyuge, si corresponde Nota: En el caso de los clientes que acrediten ciudadanía estadounidense, el recibo de Medicare constituye una prueba suficiente de la ciudadanía o identidad; sin embargo, no se puede utilizar como prueba del estado de inmigración o la identidad apropiados para los consumidores que no sean ciudadanos estadounidenses.
Residente legal permanente (Lawful Permanent Resident, LPR) o inmigrante	Formulario USCIS I-551 "Tarjeta de residente permanente"
Otro estado migratorio calificado	Documentos oficiales de inmigración emitidos por la Agencia Federal de Inmigración (Federal Immigration Agency)

2. DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA O EL HOGAR (brinde cualquiera de las siguientes opciones)

Tipo de constancia aceptada (presentar cualquiera)	
<ul style="list-style-type: none">Tarjeta de identificación emitida por el Gobierno con direcciónLicencia de conducir emitida dentro de los últimos 6 mesesRegistros escolares que muestren la direcciónCarta/contrato de arrendamiento/recibo de alquiler emitido por el propietario con la dirección de la casa	<ul style="list-style-type: none">Etiqueta de sobre, postal o revista sin ventana y con matasellos con nombre, dirección y fecha (Nota: Estos elementos no se podrán utilizar si son enviados a un apartado postal)Facturas de servicios públicos de no más de seis meses (gas, electricidad, teléfono, combustible, agua o cable) o correspondencia de una agencia gubernamentalRegistros de impuestos inmobiliarios o estado de cuenta hipotecario

3. PRIMAS DEL SEGURO MÉDICO (brinde cualquiera de las siguientes opciones si corresponde)

Tipo de constancia aceptada (presentar cualquiera)		
<ul style="list-style-type: none">Carta del empleador	<ul style="list-style-type: none">Estado de cuenta de las primas	<ul style="list-style-type: none">Estado de cuenta de las primas

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? **Nosotros podemos prestarle ayuda.** Llámenos al 212-331-4640. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.