Italian

STATO DI NEW YORK
UFFICIO PER PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ DELLO SVILUPPO

MSC 2 -CHNG

Richiesta individuale per il cambiamento del Venditore di coordinamento del servizio Medicaid (Medicaid Service Coordination)

Sezione I. Informazioni personali

Nome: Cognome Nome Secondo nome	TABS N. (se noto)	Numero di sicurezza sociale
Indirizzo: (Via)	Data di nascita:	Numero Medicaid:
Città: Stato: CAP:	Telefono:	DDSO:

Sezione II. Informazioni DDSO/Venditore MSC attuale

Nome DDSO/Venditore		
Indirizzo del Venditore:		
Città:	Stato:	CAP:
Codice programma TABS:		

Section III. New MSC Vendor: To be completed by new MSC vendor or DDSO (for state delivered MSC)

Vendor/DDSO Name:		
Vendor address:		
City:	State:	ZIP Code:
TABS Program Code:		
Requested Effective Date of Change: (Must be the first day of a month following the month in which the request is made.)		
MSC Vendor or DDSO Staff Person:	Phone:	Date:
Individual's Signature		Date:
Family Member or Advocate's Signature (if appropriate)	Phone:	Date:

Section IV. To be completed by the DDSO MSC Coordinator

Change of MSC Vendor Approved? ☐ Yes ☐ No Effective Date:	
TABS Program Code for New MSC Vendor: Program Code:	
Signature of DDSO MSC Coordinator:	Date:
Data Entry Person's Initials:	Date:

STATO DI NEW YORK
UFFICIO PER PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ DELLO SVILUPPO

MSC 2 -CHNG

Istruzioni per la compilazione della Richiesta individuale per il cambiamento del Venditore di coordinamento del servizio Medicaid (Medicaid Service Coordination), (MSC2 - CHNG)

Si prega di stampare (o scrivere) le informazioni in modo chiaro

Le richieste per il cambiamento dei venditori MSC devono essere presentate al Coordinatore MSC DDSO. Il DDSO, assieme al Richiedente, procederà alla compilazione delle Sezioni I e II del presente modulo. Il DDSO fornirà inoltre al Richiedente informazioni in merito ai venditori MSC presenti nel distretto. La Sezione III è compilata dal nuovo Venditore MSC o, qualora il Richiedente scelga di ricevere l'MSC fornito dallo stato, dal DDSO.

Sezione I *Informazioni personali:* This section is completed by the DDSO and the Individual when the Individual indicates his or her desire to change MSC vendors.

Sezione II *Informazioni DDSO/Venditore MSC:* This section identifies the current MSC vendor/DDSO. Tale sezione è compilata dal responsabile DDSO al fine di elaborare la richiesta della persona volta al cambiamento dei venditori MSC.

Sezione III *Nuovo Venditore MSC:* This section is completed by the Individual's new MSC vendor/DDSO. La data effettiva deve coincidere con il primo giorno del mese successivo a quello in cui è stato effettuato il cambiamento richiesto. Sia il personale che ha compilato la Sezione III sia il Richiedente sono tenuti a firmare e a datare il modulo. Qualora il Richiedente non fosse in grado di apporre la propria firma, data e firma possono essere apposte da un membro della famiglia del Richiedente o dall'avvocato.

Sezione IV Il Coordinatore MSC di DDSO revisiona il modulo per controllare che sia compilato in tutte le sue parti nonché verifica la disponibilità del venditore. Una volta approvato il nuovo venditore, il Coordinatore MSC firma e data il modulo e lo inoltra al personale DDSO incaricato dell'inserimento dati.

Il personale incaricato dell'inserimento dati sigla e data il modulo dopo aver inserito i dati in questione. Il modulo è quindi inviato nuovamente al coordinatore MSC di DDSO.