



Russian

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК  
УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ  
ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ  
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

MSC2-CHNG

**Заявление участника на замену поставщика  
координационных услуг программы Medicaid (MSC)**

<b>Раздел I. Личная информация</b>					
Ф. И. О.:	Фамилия	Имя	Средний инициал	Номер ITABS (если известен):	Номер соц. обеспечения:
Почтовый адрес:			Дата рождения:	Номер Medicaid:	
Город:	Штат:	Индекс:	Телефон:	DDSO:	
<b>Раздел II. Информация о действующем поставщике услуг MSC/DDSO</b>					
Название поставщика услуг MSC/DDSO					
Адрес поставщика услуг:					
Город:			Штат:	Индекс:	
Номер программы TABS:					
<b>Section III. New MSC Vendor: To be completed by new MSC vendor or DDSO (for state delivered MSC)</b>					
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:	
<b>Section IV. To be completed by the DDSO MSC Coordinator</b>					
Change of MSC Vendor Approved?					
<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No		Effective Date:	
TABS Program Code for New MSC Vendor:					
Program Code:					
Signature of DDSO MSC Coordinator:				Date:	
Data Entry Person's Initials:				Date:	



ШТАТ НЬЮ-ЙОРК  
УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ  
ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ  
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

MSC2-CHNG

**Указания по заполнению заявления участника  
на замену поставщика координационных  
услуг программы Medicaid (MSC2-CHNG)**

**Заполните разборчиво, печатными буквами (или на компьютере)**

**Заявление на замену поставщика услуг MSC должно быть направлено координатору услуг MSC DDSO.** Разделы I и II данной формы заполняются сотрудником DDSO совместно с участником. DDSO также предоставит участнику информацию о поставщиках услуг MSC в конкретном районе. Раздел III заполняется новым поставщиком услуг MSC или DDSO, если участник выберет услуги MSC, предоставляемые штатом.

- Раздел I**      *Личная информация:* данный раздел заполняется сотрудником DDSO и участником, который заявил о своем желании сменить поставщика услуг MSC.
- Раздел II**      *Информация о поставщике услуг MSC/DDSO:* в данном разделе указывается действующий поставщик услуг MSC/DDSO. Данный раздел заполняется DDSO, в ведении которой находится обработка заявлений участников на замену поставщиков услуг MSC.
- Раздел III**      *Новый поставщик услуг MSC:* данный раздел заполняется новым поставщиком услуг MSC/DDSO участника. Дата вступления в силу должна быть первым днем месяца, следующим за месяцем, в котором было подано заявление о замене. Уполномоченный сотрудник, заполняющий раздел III, и участник подписывают форму и ставят соответствующую дату. Если участник не в состоянии подписать форму и поставить дату, это может сделать член его семьи или представитель.
- Раздел IV**      Координатор услуг MSC DDSO проверяет, полностью ли заполнена форма, и подтверждает возможность замены поставщика. В случае одобрения координатор MSC подписывает форму, ставит соответствующую дату и передает ее сотруднику DDSO, занимающемуся вводом данных.

**После введения информации сотрудник, введивший информацию, должен указать в данной форме свои инициалы и дату.**

**Затем форма возвращается координатору услуг MSC DDSO.**