



ESTADO DE NUEVA YORK
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (OFFICE FOR PEOPLE WITH
DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

MSC 2 -CHNG

Solicitud del paciente para cambiar el proveedor de Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC)

Sección I. Información del paciente

Nombre:	Apellido	Nombre	Segundo nombre	N.º TABS (si lo conoce)	N.º de Seguro Social:
Dirección: (Calle)				Fecha de nacimiento:	N.º de Medicaid:
Ciudad:	Estado:		Código postal:	Teléfono:	DDSO:

Sección II. Información del proveedor actual de la MSC/DDSO

Nombre del proveedor/DDSO		
Dirección del proveedor:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Código del Programa del 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?	
<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:



ESTADO DE NUEVA YORK
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (OFFICE FOR PEOPLE WITH
DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

MSC 2 -CHNG

**Instrucciones para llenar la Solicitud del paciente para cambiar el
proveedor de Coordinación de Servicios de Medicaid (MSC2-CHNG)**

Escriba toda la información en letra de imprenta clara o a máquina.

Todo pedido para cambiar proveedores de la MSC se deben enviar al coordinador de la MSC de la DDSO. El paciente, con la ayuda de la DDSO, llenará las secciones I y II de este formulario. Asimismo, la DDSO proporcionará información al paciente sobre los proveedores de la MSC en el distrito. Si el paciente elige recibir la MSC que provee el estado, el nuevo proveedor de la MSC o la DDSO llenarán la sección III.

Sección I *Información del paciente:* Cuando el paciente indique que desea cambiar sus proveedores de la MSC, dicha persona y la DDSO deberán llenar esta sección.

Sección II *Información del proveedor de la MSC/de la DDSO:* En esta sección se identifica al proveedor actual de la MSC y a la DDSO. Deberá llenar esta sección la DDSO responsable de procesar el pedido del paciente para cambiar de proveedores de la MSC.

Sección III *Nuevo proveedor de la MSC:* El nuevo proveedor de la MSC y la DDSO correspondientes al paciente llenarán esta sección. La fecha de vigencia debe ser el primer día del mes siguiente al mes en que se solicite el cambio. Tanto el miembro del personal que complete la sección III como el paciente firman y fechan el formulario. Si el paciente no puede firmar y fechar el formulario, podrán hacerlo un miembro de su familia o su defensor.

Sección IV El coordinador de la MSC de la DDSO se asegura que el formulario esté lleno y verifica si existe un nuevo proveedor disponible. Si aprueba el formulario, el coordinador de la MSC lo firma y fecha, y lo envía a la persona que ingresa los datos en la DDSO.

Una vez se han ingresado los datos, la persona encargada de hacerlo firma con sus iniciales y fecha el formulario.

Luego el formulario se regresa al coordinador de la MSC de la DDSO.