Chinese

紐約州
發育障礙人士辦公室
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

MSC 2 -CHNG

變更醫療補助服務協調計畫服務提供者個人申請表

第一部分：個人資料

姓名： 姓氏 名字 中間名	TABS ID 號碼 (若已知)	社會安全號碼：
地址：(街道)	出生日期：	醫療補助 (Medicaid) 號碼：
城市： 州： 郵遞區號：	電話：	DDSO:

第二部分：目前的 MSC 服務提供者 / DDSO 資料

服務提供者 / DDSO 名稱		
服務提供者地址：		
城市:	州:	郵遞區號:
TABS 計畫代號：		

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:

紐約州
發育障礙人士辦公室
(OFFICE FOR PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES)

MSC 2 -CHNG

變更醫療補助服務協調計畫服務提供者個人申請表 (MSC2 - CHNG) 填表須知

請以正楷清楚填寫 (或打字) 全部資料

變更醫療補助服務協調計畫 (MSC) 服務提供者的一切申請都必須洽詢發育障礙服務辦事處 (DDSO) 的MSC 協調員。DDSO 將與當事人一起填寫本表格的第一及第二部分。DDSO 也將爲當事人提供當地區域內 MSC 服務提供者的資料。若當事人選擇接受由州提供的 MSC，第三部分由新的 MSC 服務提供者或 DDSO 填寫。

第一部分　　**個人資料：**當事人表示有意變更 MSC 服務提供者時，由 DDSO 和當事人填寫此部分。

第二部分　　**MSC 服務提供者 / DDSO 資料：**此部分是指目前的 MSC 服務提供者 / DDSO。此部分由負責處理當事人申請變更 MSC 服務提供者事宜的 DDSO 填寫。

第三部分　　**新的 MSC 服務提供者：**此部分由當事人之新的 MSC 服務提供者 / DDSO 填寫。生效日期必須爲提出變更申請該月的次月一日。填寫第三部分的工作人員和當事人都要在表格上簽名並註明日期。若當事人無法在表格上簽名並註明日期，可由當事人的家屬或權益代言人簽名並註明日期。

第四部分　　DDSO 的 MSC 協調員檢查表格是否填妥並確認新的服務提供者能夠提供服務。若經核准，MSC 協調員即在表格上簽名並註明日期，然後交予 DDSO 資料輸入員。

資料輸入員完成資料輸入後即草簽並註明日期。
然後本表格會被送回至 DDSO 的 MSC 協調員處。