

طلب عميل/مقدم خدمة لتغيير المعلومات الموجودة في الملف
(لا يلزم تقديم أي وثائق)

NYC Human Resources
Administration
Department of
Social Services

MAP-751k (A) 11/27/2024
Replaces MAP-751, MAP-751a, and MAP-3069b

اسم الحالة:

رقم الحالة:

_____ :CIN _____

التغيير لـ:

تصحيح/إضافة المعلومات التالية (ضع علامة على جميع ما ينطبق)

أ.

إضافة/تصحيح رقم الضمان الاجتماعي (SSN)

تغيير الاسم

من:

من:

إلى:

إلى:

إضافة/تغيير رقم الهاتف

تصحيح تاريخ الميلاد

من:

من:

إلى:

إلى:

تصحيح المعلومات الخاصة بنوع الجنس تمثل الهوية الجنسية طريقة رؤيتك لنفسك وما تصف به نفسك. يمكن أن تكون هويتك الجنسية هي نفسها جنسك المحدد عند الولادة أو مختلفة عنه.

من: ذكر أنثى غير ثنائي أو جنس غير مطابق لا جنسي متحول جنسيًا

هوية مختلفة: (يرجى تقديم وصف)

إلى: ذكر أنثى غير ثنائي أو جنس غير مطابق لا جنسي متحول جنسيًا

هوية مختلفة: (يرجى تقديم وصف)

الجنس الصحيح:

من: ذكر أنثى لا جنسي

هوية مختلفة: (يرجى تقديم وصف)

إلى: ذكر أنثى لا جنسي

هوية مختلفة: (يرجى تقديم وصف)

تغيير عنوان الإقامة

من:

إلى:

تغيير عنوان المراسلة

من:

إلى:

إضافة/تغيير عنوان المراسلة الثانوي

من:

إلى:

تصحيح/إضافة المعلومات التالية (ضع علامة على جميع ما ينطبق)

اللغة المستخدمة في الحديث

اللغة المستخدمة في الحديث

من:

إلى:

اللغة المستخدمة في القراءة

تتوفر لدينا إخطارات باللغات التالية:

- الإنجليزية
- الإسبانية
- العربية
- البنغالية
- الفرنسية
- الكريولية الهايتية
- الكورية
- البولندية
- الروسية
- الصينية المبسطة
- الصينية التقليدية
- الأردنية
- الألبانية
- الإيطالية
- البديشية

أخبرنا باللغة التي ترغب في تلقي الإخطارات بها.

اللغة المستخدمة في القراءة

من:

إلى:

الصيغة البديلة/الإعاقة البصرية

هل لديك إعاقة بصرية تجعل من الصعب عليك قراءة الإخطارات؟ يمكننا أن نقدم لك الإخطارات بالصيغ التالية. أخبرنا بالشكل الذي ترغب في تلقي الإخطارات به:

- نسخة بخط كبير تسجيل صوتي على قرص مضغوط (CD) بيانات على قرص مضغوط (CD) نسخة مطبوعة بطريقة برايل

B. PROVIDER INFORMATION (TO BE COMPLETED BY PROVIDERS ONLY)

Note: This section is not to be used for Home Care Services Program Providers submissions.

Provider Name: _____

Provider Address: _____

Provider Code: _____ Original Determination Date: _____

Admission Date: _____ Admission Number: _____ Discharge Date: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

التاريخ

التوقيع

الاسم (بأحرف واضحة)

هل تعاني من حالة صحية أو إعاقة طبية أو عقلية؟ هل تجعل هذه الحالة من الصعب عليك فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه؟ هل تجعل هذه الحالة من الصعب عليك الحصول على خدمات أخرى توفرها إدارة HRA؟ يمكننا مساعدتك. اتصل بنا على الرقم 888-692-6116. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يحق لك طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة بموجب القانون.