

**KËRKESË E KONSUMATORIT/OFRUESIT PËR TË  
NDRYSHUAR INFORMACIONIN NË DOSJE  
(Nuk nevojitet asnjë dokumentacion)**

Emri i çështjes: \_\_\_\_\_

Numri i çështjes: \_\_\_\_\_ Numri i identifikimit të klientit (CIN): \_\_\_\_\_

Ndryshimi është për: \_\_\_\_\_

**A. KORRIGJONI/SHTONI INFORMACIONIN E MËPOSHTËM  
(SHËNONI TË GJITHA OPSIONET E VLEFSHME)**

- Ndryshoni emrin**                       **Shtoni/Korrigjoni numrin e sigurimeve shoqërore (SSN)**  
Nga: \_\_\_\_\_                      Nga: \_\_\_\_\_  
Në: \_\_\_\_\_                      Në: \_\_\_\_\_
- Korrigjoni datën e lindjes**                       **Shtoni/Ndryshoni numrin e telefonit**  
Nga: \_\_\_\_\_                      Nga: \_\_\_\_\_  
Në: \_\_\_\_\_                      Në: \_\_\_\_\_
- Korrigjoni informacionin për gjininë:** Identiteti gjinor është se mënyra se si e perceptoni dhe quani veten. Identiteti juaj gjinor mund të jetë i njëjtë ose i ndryshëm me gjininë tuaj të caktuar në lindje<.  
Nga:     Mashkull     Femër     Jobinar ose Jokonform ndaj gjinisë     X     Transgjisor  
           Identitet tjetër gjinor: (Përshkruajeni) \_\_\_\_\_  
Në:      Mashkull     Femër     Jobinar ose Jokonform ndaj gjinisë     X     Transgjisor  
           Identitet tjetër gjinor: (Përshkruajeni) \_\_\_\_\_
- Gjinia e saktë:**  
Nga:     Mashkull                       Femër                       X  
           Identitet tjetër gjinor: (Përshkruajeni) \_\_\_\_\_  
Në:      Mashkull                       Femër                       X  
           Identitet tjetër gjinor: (Përshkruajeni) \_\_\_\_\_
- Ndryshoni vendbanimin**  
Nga: \_\_\_\_\_  
Në: \_\_\_\_\_
- Ndryshoni adresën postare**  
Nga: \_\_\_\_\_  
Në: \_\_\_\_\_
- Shtoni/Ndryshoni adresën postare dytësore**  
Nga: \_\_\_\_\_  
Në: \_\_\_\_\_

(SHËNONI TË GJITHA OPSIONET E VLEFSHME)

**Gjuha e folur**

**Gjuha e folur** Nga: \_\_\_\_\_ Në: \_\_\_\_\_

**Gjuha e shkruar**

Kemi njoftime të disponueshme në gjuhët e mëposhtme:

- Anglisht
- Frëngjisht
- Rusisht
- Shqip
- Spanjisht
- Kreolishte e Haitit
- Kinezishte e thjeshtuar
- Italisht
- Arabisht
- Koreanisht
- Kinezishte tradicionale
- Jidisht
- Bengalisht
- Polonisht
- Urduisht

Na thoni se në cilën gjuhë dëshironi që t'ju dërgohen njoftimet.

**Gjuha e shkruar** Nga: \_\_\_\_\_ Në: \_\_\_\_\_

**Format alternativ/Aftësi e kufizuar e shikimit**

A keni ndonjë aftësi të kufizuar të shikimit që jua vështirëson të lexuarit e njoftimeve? Mund t'ju dërgojmë njoftimet në formatet e mëposhtme. Na thoni se si dëshironi t'ju dërgohen njoftimet:

**Shkrim me përmasa më të mëdha**    **CD me audio**    **CD me të dhëna**    **Braille**

**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: \_\_\_\_\_

EMRI (ME GERMA SHTYPI)

NËNSHKRIMI

DATA

**A keni ndonjë problem shëndetësor ose problem të shëndetit mendor apo aftësi të kufizuara? A jua vështirëson kjo gjendje të kuptuarit e këtij njoftimi apo kryerjen e veprimeve që ju kërkohen nëpërmjet këtij njoftimi? A jua vështirëson kjo gjendje përfitimin e shërbimeve të tjera në HRA? **Ne mund t'ju ndihmojmë.** Na telefononi në numrin **888-692-6116**. Gjithashtu, ju mund të kërkoni ndihmë duke u paraqitur pranë një zyre të HRA-së. Ju gëzoni të drejtën ta kërkoni këtë lloj ndihme në përputhje me ligjin.**