

**DEMANDE DE MODIFICATION PAR LE
CLIENT/PRESTATAIRE DES INFORMATIONS
ENREGISTRÉES**

(Aucun justificatif n'est demandé)



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

Nom du dossier : _____

Numéro de dossier : _____ Numéro d'identification client : _____

La modification concerne : _____

**A. RECTIFIEZ/REMP LISSEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES
(COCHEZ TOUTES LES CASES APPLICABLES).**

<input type="checkbox"/> Changement de nom De : _____ À : _____	<input type="checkbox"/> Ajout/Rectification du numéro de Sécurité sociale (Social Security Number, SSN) De : _____ À : _____
<input type="checkbox"/> Rectification de la date de naissance De : _____ À : _____	<input type="checkbox"/> Ajout/Changement de numéro de téléphone De : _____ À : _____
<input type="checkbox"/> Informations relatives au genre : L'identité de genre est la catégorie de genre à laquelle vous estimez appartenir et celle par laquelle vous vous désignez. Votre identité de genre peut être identique ou différente du sexe attribué à votre naissance. De : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non binaire ou non conforme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transgenre <input type="checkbox"/> Autre identité : (Décrire) _____ À : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non binaire ou non conforme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transgenre <input type="checkbox"/> Autre identité : (Décrire) _____	
<input type="checkbox"/> Sexe correct : De : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Autre identité : (Décrire) _____ À : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Autre identité : (Décrire) _____	
<input type="checkbox"/> Changement d'adresse de résidence De : _____ À : _____	
<input type="checkbox"/> Changement d'adresse postale De : _____ À : _____	
<input type="checkbox"/> Ajout/Changement d'adresse postale secondaire De : _____ À : _____	

RECTIFIEZ/REPLISSEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES
(COCHEZ TOUTES LES CASES APPLICABLES).

Langue parlée

Langue parlée De : _____ À : _____

Langue lue

Les avis sont disponibles dans les langues suivantes :

- Anglais
- Français
- Russe
- Albanais
- Espagnol
- Créole haïtien
- Chinois simplifié
- Italien
- Arabe
- Coréen
- Chinois traditionnel
- Yiddish
- Bengali
- Polonais
- Ourdou

Indiquez la langue dans laquelle vous souhaitez recevoir vos avis.

Langue lue De : _____ À : _____

Autre format/déficience visuelle

Vous souffrez d'un handicap visuel qui rend la lecture des avis difficile ? Nous pouvons vous envoyer les avis dans les formats suivants. Indiquez comment vous souhaitez recevoir vos avis.

Gros caractères CD audio CD de données 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: _____

NOM (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

SIGNATURE

DATE

Souffrez-vous d'un handicap ou d'un problème de santé physique ou mentale ? Ce problème de santé vous empêche de comprendre le présent avis ou de faire ce qui est demandé dans celui-ci ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au **888 692 6116**. Vous pouvez également demander de l'aide en vous rendant dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.