

**RICHIESTA DI MODIFICA DELLE INFORMAZIONI IN  
ARCHIVIO DEL CLIENTE O DEL FORNITORE  
(Nessuna documentazione richiesta)**



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

Nome pratica: \_\_\_\_\_  
Numero pratica: \_\_\_\_\_  
Destinatario della modifica: \_\_\_\_\_

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE  
DEL CLIENTE (CLIENT  
IDENTIFICATION NUMBER, CIN): \_\_\_\_\_

**A. CORREGGERE O AGGIUNGERE LE SEGUENTI INFORMAZIONI  
(BARRARE TUTTE LE CASELLE PERTINENTI)**

- Modifica del nome**
- Da: \_\_\_\_\_  
A: \_\_\_\_\_
- Inserimento o rettifica del numero di previdenza sociale (Social Security Number, SSN)**
- Da: \_\_\_\_\_  
A: \_\_\_\_\_
- Rettifica della data di nascita**
- Da: \_\_\_\_\_  
A: \_\_\_\_\_
- Inserimento o modifica del numero di telefono**
- Da: \_\_\_\_\_  
A: \_\_\_\_\_
- Rettifica delle informazioni sul genere:** l'identità di genere attiene alla percezione e alla definizione di sé stessi. La tua identità di genere può coincidere o differire dal sesso assegnato alla nascita.
- Da:  Maschile  Femminile  Non binaria o non conforme  X  Transgender  
 Altra identità: (Fornire una descrizione) \_\_\_\_\_
- A:  Maschile  Femminile  Non binaria o non conforme  X  Transgender  
 Altra identità: (Fornire una descrizione) \_\_\_\_\_
- Rettifica del sesso**
- Da:  Maschile  Femminile  X  
 Altra identità: (Fornire una descrizione) \_\_\_\_\_
- A:  Maschile  Femminile  X  
 Altra identità: (Fornire una descrizione) \_\_\_\_\_
- Modifica dell'indirizzo di residenza**
- Da: \_\_\_\_\_  
A: \_\_\_\_\_
- Modifica dell'indirizzo postale**
- Da: \_\_\_\_\_  
A: \_\_\_\_\_
- Inserimento o modifica dell'indirizzo postale secondario**
- Da: \_\_\_\_\_  
A: \_\_\_\_\_

**CORREGGERE O AGGIUNGERE LE SEGUENTI INFORMAZIONI  
(BARRARE TUTTE LE CASELLE PERTINENTI)**

**Lingua parlata**

**Lingua parlata** Da: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

**Lingua di lettura**

Le nostre comunicazioni sono disponibili nelle seguenti lingue:

- Inglese
- Francese
- Russo
- Albanese
- Spagnolo
- Creolo (Haiti)
- Cinese semplificato
- Italiano
- Arabo
- Coreano
- Cinese tradizionale
- Yiddish
- Bengalese
- Polacco
- Urdu

Indica in quale lingua devono essere scritte le comunicazioni che ti inviamo.

**Lingua di lettura** Da: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

**Richiesta di un formato alternativo o indicazione di un deficit visivo**

Hai difficoltà a leggere le nostre comunicazioni a causa di una disabilità visiva? Le nostre comunicazioni sono disponibili anche nei seguenti formati. Indica in quale formato devono essere scritte le comunicazioni che ti inviamo.

**Caratteri ingranditi**     **CD audio**     **CD dati**     **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: \_\_\_\_\_

NOME (IN STAMPATELLO)	FIRMA	DATA
-----------------------	-------	------

**Soffri di una disabilità o di un problema a livello fisico o mentale?** Questo problema di salute ti impedisce di comprendere questo avviso o di fare ciò che ti viene richiesto? Questo problema di salute ti impedisce di usufruire di altri servizi presso l'Amministrazione delle risorse umane (Human Resources Administration, HRA)? **Siamo qui per aiutarti.** Chiamaci al numero **888-692-6116**. Puoi anche chiedere aiuto presentandoti di persona presso l'HRA. Hai il diritto di richiedere questo genere di assistenza secondo la legge.