

기록상 정보 변경을 위한 고객/제공자 요청서  
(필요 서류 없음)



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

케이스 이름: \_\_\_\_\_  
 케이스 번호: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_  
 변경 목적: \_\_\_\_\_

**A. 다음 정보를 정정/추가하십시오(해당 사항에 모두 체크).**

- 이름 변경**  
 변경 전: \_\_\_\_\_  
 변경 후: \_\_\_\_\_
- 소셜시큐리티번호(SSN) 추가/정정**  
 변경 전: \_\_\_\_\_  
 변경 후: \_\_\_\_\_
- 생년월일 정정**  
 변경 전: \_\_\_\_\_  
 변경 후: \_\_\_\_\_
- 전화번호 추가/변경**  
 변경 전: \_\_\_\_\_  
 변경 후: \_\_\_\_\_
- 성별 정보 정정:** 성 정체성은 자신을 인식하고 스스로를 부르는 방식입니다. 성 정체성은 태어날 때 할당된 성별과 같을 수도 있고 다를 수도 있습니다.  
 시작:  남성  여성  논바이너리 또는 비순응  X  트랜스젠더  
 다른 정체성: (설명해주세요) \_\_\_\_\_  
 종료:  남성  여성  논바이너리 또는 비순응  X  트랜스젠더  
 다른 정체성: (설명해주세요) \_\_\_\_\_
- 성별 정정:**  
 시작:  남성  여성  X  
 다른 정체성: (설명해주세요) \_\_\_\_\_  
 종료:  남성  여성  X  
 다른 정체성: (설명해주세요) \_\_\_\_\_
- 거주 주소 변경**  
 변경 전: \_\_\_\_\_  
 변경 후: \_\_\_\_\_
- 우편 주소 변경**  
 변경 전: \_\_\_\_\_  
 변경 후: \_\_\_\_\_
- 보조 우편 주소 추가/변경**  
 변경 전: \_\_\_\_\_  
 변경 후: \_\_\_\_\_

다음 정보를 정정/추가하십시오(해당 사항에 모두 체크).

듣고 말할 수 있는 언어:

듣고 말할 수 있는 언어: 변경 전: \_\_\_\_\_ 변경 후: \_\_\_\_\_

읽을 수 있는 언어

서면 통지는 다음 언어로 제공됩니다.

- 영어
- 스페인어
- 아랍어
- 벵골어
- 프랑스어
- 아이티 프랑스어
- 한국어
- 폴란드어
- 러시아어
- 중국어 간체
- 중국어 번체
- 우르두어
- 알바니아어
- 이탈리아어
- 이디시어

통지서를 받을 시 어떤 언어로 된 통지서를 받으시길 원하시는지 말씀해주세요.

읽을 수 있는 언어 변경 전: \_\_\_\_\_ 변경 후: \_\_\_\_\_

대안 형식/시각 장애

시각 장애가 있어 통지서를 읽으실 수 없습니까? 당국은 귀하에게 다음의 대안 형식으로 통지 내용을 알려드릴 수 있습니다. 어떤 방식으로 통지서를 받기를 원하시는지 말씀해주세요.

큰 글자                       오디오 CD                       데이터 CD                       점자

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

이름(정자체)	서명	날짜
---------	----	----

**의학적 또는 정신적 건강 질환이나 장애가 있으십니까?** 이러한 상태로 인해 이 통지서를 이해하거나 이 통지서의 요청 사항을 수행하기 어려우십니까? 이 상태로 인해 HRA 에서 다른 서비스를 받을 수 없습니까? **저희가 도와 드리겠습니다.**

**888-692-6116** 번으로 연락해 주십시오. HRA 사무소를 방문할 때 도움을 요청하셔도 됩니다. 법에 따라 귀하는 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.