

**WNIOSEK KONSUMENTA/DOSTAWCY O ZMIANĘ
INFORMACJI W DOKUMENTACJI**

(Dokumentacja nie jest wymagana)



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

Nazwa sprawy: _____
Numer sprawy: _____ CIN: _____
Zmiana dotyczy: _____

**A. POPRAWIĆ/DODAC NASTĘPUJĄCE INFORMACJE
(ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE ODNOŚNE OPCJE)**

- Zmiana nazwiska** **Dodanie/korekta numeru ubezpieczenia społecznego (SSN)**
- Z: _____ Z: _____
Na: _____ Na: _____
- Korekta daty urodzenia** **Dodanie/zmiana numeru telefonu**
- Z: _____ Z: _____
Na: _____ Na: _____
- Korekta informacji na temat płci:** Tożsamość płciowa to sposób, w jaki postrzegasz siebie i jak siebie określasz. Twoja tożsamość płciowa może być taka sama lub inna niż płeć przypisana przy urodzeniu.
- Z: Mężczyzna Kobieta Osoba niebinarna lub nonkonformizm płciowy X Osoba transpłciowa
 Inna tożsamość: (Prosimy opisać) _____
- Na: Mężczyzna Kobieta Osoba niebinarna lub nonkonformizm płciowy X Osoba transpłciowa
 Inna tożsamość: (Prosimy opisać) _____
- Korekta płci:**
- Z: Mężczyzna Kobieta X
 Inna tożsamość: (Prosimy opisać) _____
- Na: Mężczyzna Kobieta X
 Inna tożsamość: (Prosimy opisać) _____
- Zmiana adresu zamieszkania**
- Z: _____
Na: _____
- Zmiana adresu korespondencyjnego**
- Z: _____
Na: _____
- Dodanie/zmiana drugiego adresu korespondencyjnego**
- Z: _____
Na: _____

POPRAWIĆ/DODAC NASTĘPUJĄCE INFORMACJE
(ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE ODNOŚNE OPCJE)

Znajomość języka – w mowie

Znajomość języka – w mowie Z: _____ Na: _____

Znajomość języka – czytanie

Powiadomienia są dostępne w poniższych wersjach językowych:

- Angielski
- Francuski
- Rosyjski
- Albański
- Hiszpański
- Kreolski haitański
- Chiński uproszczony
- Włoski
- Arabski
- Koreański
- Chiński tradycyjny
- Jidysz
- Bengalski
- Polski
- Urdu

W jakim języku mamy przesyłać powiadomienia?

Znajomość języka – czytanie Z: _____ Na: _____

Format alternatywny / wada wzroku

Czy cierpi Pan/Pani na wadę wzroku utrudniającą czytanie powiadomień? Możemy zapewnić powiadomienia w poniższych formatach. W jakim języku mamy przesyłać powiadomienia?

Duża czcionka **Płyta audio** **Płyta z danymi** **Język Braille'a**

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: _____

IMIĘ I NAZWISKO (DRUKOWANYMI LITERAMI)

PODPIS

DATA

Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub cierpi na jakąś chorobę, w tym chorobę psychiczną? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy o kontakt pod numerem **888-692-6116**. Pomoc można również uzyskać w biurze HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo otrzymać taką pomoc.