

ЗАПРОС КЛИЕНТА/ПОСТАВЩИКА ОБ ИЗМЕНЕНИИ ИНФОРМАЦИИ В ДЕЛЕ

(Документы не требуются)



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

Название дела: _____

Номер дела: _____ CIN: _____

Изменение для: _____

A. ИСПРАВЬТЕ/ДОПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ (ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПРИМЕНИМЫЕ ГРАФЫ)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Измените имя и фамилию С: _____ На: _____ | <input type="checkbox"/> Добавьте/измените номер социального обеспечения (SSN) С: _____ На: _____ |
| <input type="checkbox"/> Исправьте дату рождения С: _____ На: _____ | <input type="checkbox"/> Добавьте/измените номер телефона С: _____ На: _____ |
| <input type="checkbox"/> Исправьте информацию о половой принадлежности. Половая идентичность — это то, как вы себя воспринимаете и кем себя называете. Ваша половая идентичность может совпадать с полом, присвоенном вам при рождении, или отличаться от него. | |
| С: <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина, <input type="checkbox"/> Небинарный или гендерно-неконформный <input type="checkbox"/> X (ни женщина, ни мужчина) <input type="checkbox"/> Трансгендер | |
| На: <input type="checkbox"/> Другая идентичность: (Опишите) _____ <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Небинарный или гендерно-неконформный <input type="checkbox"/> X (ни женщина, ни мужчина) <input type="checkbox"/> Трансгендер | |
| На: <input type="checkbox"/> Другая идентичность: (Опишите) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Исправьте информацию о поле: | |
| С: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Другая идентичность: (Опишите) _____ | |
| На: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Другая идентичность: (Опишите) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Измените адрес проживания С: _____ На: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Измените почтовый адрес С: _____ На: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Добавьте/измените дополнительный почтовый адрес С: _____ На: _____ | |

ИСПРАВЬТЕ/ДОПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ
(ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ)

Язык для устного общения

Язык для устного общения С: _____ На: _____

Язык для чтения

Наши уведомления доступны на следующих языках:

- Английский
- Французский
- Русский
- Албанский
- Испанский
- Гаитянский креольский
- Китайский (упрощенный)
- Итальянский
- Арабский
- Корейский
- Китайский (традиционный)
- Идиш
- Бенгальский
- Польский
- Урду

Укажите, на каком языке вы хотите получать уведомления.

Язык для чтения С: _____ На: _____

Альтернативный формат уведомлений / для лиц с нарушениями зрения

У Вас есть нарушение зрения, которое затрудняет чтение данных уведомлений? Мы можем предоставлять Вам уведомления в нижеуказанных форматах. Укажите в каком формате Вы хотите получать уведомления.

Крупный шрифт **На компакт-диске в аудиоформате** **На компакт-диске с данными** **Шрифтом Брайля**

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: _____

ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

ПОДПИСЬ

ДАТА

У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность? Это состояние мешает Вам понять смысл данного уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Это нарушение не позволяет Вам пользоваться другими услугами HRA? **Мы можем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру **888-692-6116**. Вы также можете обратиться за помощью во время посещения офиса HRA. У Вас есть законное право обратиться за такой помощью.