

فائل میں موجود معلومات کو تبدیل کرنے کے لیے صارف/فراہم کنندہ کی درخواست

(دستاویزی شہادت مطلوب نہیں ہے)

NYC Human Resources Administration
Department of Social Services

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

کیس کا نام:

کیس نمبر:

_____ :CIN _____

تبدیلی کے لئے ہے:

درج ذیل معلومات کو درست/شامل کریں (وہ سبھی نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں)

A

نام تبدیل کریں
 سوشل سیکیورٹی نمبر (Social Security Number, SSN) شامل/درست کریں

از:

سے:

تاریخ پیدائش درست کریں

از:

سے:

درست صنفی معلومات صنفی شناخت یہ ہے کہ آپ خود کو کیا سمجھتے/سمجھتی ہیں اور کیسے بیان کرتے/کرتی ہیں۔ آپ کی صنفی شناخت پیدائش کے وقت تفویض کردہ جنس سے مماثل یا مختلف ہو سکتی ہے۔

از: مرد عورت غیر ثنائی یا غیر موافق مخنث

مختلف شناخت: (بیان کریں)

تا: مرد عورت غیر ثنائی یا غیر موافق مخنث

مختلف شناخت: (بیان کریں)

درست جنس:

از: مرد عورت

مختلف شناخت: (بیان کریں)

تا: مرد عورت

مختلف شناخت: (بیان کریں)

رہائش کا پتہ تبدیل کریں

از:

سے:

ڈاک کا پتہ تبدیل کریں

از:

سے:

ڈاک کا ثانوی پتہ شامل/تبدیل کریں

از:

سے:

بولی جانے والی زبان

بولی جانے والی زبان

از: _____ سے: _____

پڑھی جانے والی زبان

ہمارے پاس درج ذیل زبانوں میں نوٹسز دستیاب ہیں:

- انگریزی
- ہسپانوی
- عربی
- بنگالی
- فرانسیسی
- ہیشین کریول
- کوریائی
- پولش
- روسی
- آسان چینی
- روایتی چینی
- اردو
- البانیائی
- اطالوی
- بدش

ہمیں بتائیں کہ آپ کس زبان میں نوٹس حاصل کرنا چاہتے ہیں۔

پڑھی جانے والی زبان

از: _____ سے: _____

متبادل شکل/بصری خرابی

کیا آپ کو بصری معذوری لاحق ہے جس کی وجہ سے نوٹس کو پڑھنا مشکل ہوتا ہے؟ ہم آپ کو درج ذیل فارمیٹس میں نوٹسز دے سکتے ہیں۔ ہمیں بتائیں کہ ہم آپ کو آپ کے نوٹسز کیسے بھجوانا چاہتے ہیں:

- بڑا پرنٹ
- آڈیو CD
- ڈیٹا CD
- بریل

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: _____

تاریخ	دستخط	نام (جلی حروف میں)
-------	-------	--------------------

کیا آپ کو طبی یا ذہنی صحت کا عارضہ یا معذوری لاحق ہے؟ کیا اس کیفیت کی وجہ سے آپ کے لیے اس نوٹس کو سمجھنا یا اس نوٹس میں جو کچھ کہا جا رہا ہے اسے انجام دینا مشکل ہو جاتا ہے؟ کیا اس حالت کی وجہ سے آپ کے لیے HRA میں موجود دیگر خدمات حاصل کرنا مشکل ہو رہا ہے؟ ہم آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ ہمیں 888-692-6116 پر فون کریں۔ آپ اس وقت بھی مدد کی درخواست دے سکتے ہیں جب آپ HRA دفتر جائیں۔ آپ کو قانون کے تحت اس قسم کی مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔