

طلب عميل/مقدم خدمة لتغيير المعلومات الموجودة في الملف
(لا يلزم تقديم أي وثائق)

NYC™ Human Resources
Administration
Department of
Social Services

MAP-751k (A) 12/14/2023
Replaces MAP-751, MAP-751a, and MAP-3069b

اسم الحالة: _____
رقم الحالة: _____ :CIN _____
التغيير لـ: _____

تصحيح/إضافة المعلومات التالية (ضع علامة على جميع ما ينطبق)

<input type="checkbox"/>	تغيير الاسم	<input type="checkbox"/>	إضافة/تصحيح رقم الضمان الاجتماعي (SSN)
من:	_____	من:	_____
إلى:	_____	إلى:	_____
<input type="checkbox"/>	تصحيح تاريخ الميلاد	<input type="checkbox"/>	إضافة/تغيير رقم الهاتف
من:	_____	من:	_____
إلى:	_____	إلى:	_____
<input type="checkbox"/>	تصحيح المعلومات الخاصة بنوع الجنس تمثل الهوية الجنسية طريقة رؤيتك لنفسك وما تصف به نفسك. يمكن أن تكون هويتك الجنسية هي نفسها جنسك المحدد عند الولادة أو مختلفة عنه.	<input type="checkbox"/>	
من:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ثنائي أو جنس غير مطابق <input type="checkbox"/> لا جنسي <input type="checkbox"/> متحول جنسيًا	من:	<input type="checkbox"/> متحول جنسيًا <input type="checkbox"/> لا جنسي <input type="checkbox"/> متحول جنسيًا
	<input type="checkbox"/> هوية مختلفة: (يُرجى التحديد)		
إلى:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ثنائي أو جنس غير مطابق <input type="checkbox"/> لا جنسي <input type="checkbox"/> متحول جنسيًا	إلى:	<input type="checkbox"/> متحول جنسيًا <input type="checkbox"/> لا جنسي <input type="checkbox"/> متحول جنسيًا
	<input type="checkbox"/> هوية مختلفة: (يُرجى التحديد)		
<input type="checkbox"/>	الجنس الصحيح:	<input type="checkbox"/>	
من:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> لا جنسي	من:	<input type="checkbox"/> لا جنسي
	<input type="checkbox"/> هوية مختلفة: (يُرجى التحديد)		
إلى:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> لا جنسي	إلى:	<input type="checkbox"/> لا جنسي
<input type="checkbox"/>	تغيير عنوان الإقامة	<input type="checkbox"/>	
من:	_____	من:	_____
إلى:	_____	إلى:	_____
<input type="checkbox"/>	تغيير عنوان المراسلة	<input type="checkbox"/>	
من:	_____	من:	_____
إلى:	_____	إلى:	_____
<input type="checkbox"/>	إضافة/تغيير عنوان المراسلة الثانوي	<input type="checkbox"/>	
من:	_____	من:	_____
إلى:	_____	إلى:	_____

تصحيح/إضافة المعلومات التالية (ضع علامة على جميع ما ينطبق)

اللغة المستخدمة في الحديث

اللغة المستخدمة في الحديث

من: _____ إلى: _____

اللغة المستخدمة في القراءة

تتوفر لدينا إخطارات باللغات التالية:

- الإنجليزية
- الإسبانية
- العربية
- البنغالية
- الفرنسية
- الكريولية الهايتية
- الكورية
- البولندية
- الروسية
- الصينية المبسطة
- الصينية التقليدية
- الأردية

أخبرنا باللغة التي ترغب في تلقي الإخطارات بها.

اللغة المستخدمة في القراءة

من: _____ إلى: _____

الصيغة البديلة/الإعاقبة البصرية

هل لديك إعاقبة بصرية تجعل من الصعب عليك قراءة الإخطارات؟ يمكننا أن نقدم لك الإخطارات بالصيغ التالية. أخبرنا بالشكل الذي ترغب في تلقي الإخطارات به:

نسخة بخط كبير تسجيل صوتي على قرص مضغوط (CD) بيانات على قرص مضغوط (CD) نسخة مطبوعة بطريقة برايل

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: _____

التاريخ

التوقيع

الاسم (بأحرف واضحة)

هل تعاني من حالة صحية أو إعاقة طبية أو عقلية؟ هل تجعل هذه الحالة من الصعب عليك فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه؟ هل تجعل هذه الحالة من الصعب عليك الحصول على خدمات أخرى توفرها إدارة HRA؟ يمكننا مساعدتك. اتصل بنا على الرقم 888-692-6116. يمكنك أيضاً طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يحق لك طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة بموجب القانون.