

ফাইলে তথ্যের পরিবর্তনের জন্য গ্রাহকের/প্রদানকারীর
অনুরোধ

(কোনো নথিপত্রের প্রয়োজন নেই)

NYC Human Resources
Administration
Department of
Social Services

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

কেসের নাম: _____
কেস নম্বর: _____ CIN: _____
নিম্নলিখিতগুলির
জন্য পরিবর্তন: _____

A. নিম্নলিখিত তথ্য সংশোধন/যোগ করুন (প্রযোজ্য সবকটিতে টিক দিন)

- নাম পরিবর্তন**
বিদ্যমান: _____
এতে পরিবর্তন: _____
- সামাজিক সুরক্ষা নম্বর (Social Security Number, SSN)
যোগ/সংশোধন করুন**
বিদ্যমান: _____
এতে পরিবর্তন: _____
- জন্ম তারিখ সংশোধন**
বিদ্যমান: _____
এতে পরিবর্তন: _____
- ফোন নম্বর যোগ/পরিবর্তন**
বিদ্যমান: _____
এতে পরিবর্তন: _____
- সঠিক লিঙ্গ পরিচয় সম্পর্কিত তথ্য:** আপনার নিজেকে কী মনে হয় এবং আপনি নিজেকে কী বলে পরিচয় দেন তাই হল লিঙ্গ পরিচয়। আপনার লিঙ্গ পরিচয় জন্মের সময় নির্ধারিত আপনার লিঙ্গের মত একই বা ভিন্ন হতে পারে।
অতীতে ছিল: পুরুষ মহিলা নন-বাইনারি বা নন-কনফর্মিং X রূপান্তরিত লিঙ্গ
 ভিন্ন পরিচিতি: (বর্ণনা করুন) _____
বর্তমানে: পুরুষ মহিলা নন-বাইনারি বা নন-কনফর্মিং X রূপান্তরিত লিঙ্গ
 ভিন্ন পরিচিতি: (বর্ণনা করুন) _____
- সঠিক লিঙ্গ:**
অতীতে ছিল: পুরুষ মহিলা X
 ভিন্ন পরিচিতি: (বর্ণনা করুন) _____
বর্তমানে: পুরুষ মহিলা X
- বাসস্থানের ঠিকানা পরিবর্তন করুন**
বিদ্যমান: _____
এতে পরিবর্তন: _____
- ডাক ঠিকানার পরিবর্তন করুন**
বিদ্যমান: _____
এতে পরিবর্তন: _____
- গোপ ডাক ঠিকানা যোগ/পরিবর্তন করুন**
বিদ্যমান: _____
এতে পরিবর্তন: _____

যে ভাষায় কথা বলেন

যে ভাষায় কথা বলেন বিদ্যমান: _____ এতে পরিবর্তন: _____

ভাষা

আমাদের লিখিত বিজ্ঞপ্তিগুলি নিম্নলিখিত ভাষাগুলিতে লভ্য:

- ইংরেজি
- স্প্যানিশ
- আরবী
- বাংলা
- ফরাসী
- হাইতিয় ক্রেয়োল
- কোরিয়ান
- পোলিশ
- রুশ
- সরলীকৃত চিনা
- প্রথাগত চিনা
- উর্দু

আপনার বিজ্ঞপ্তিটি আপনাকে কোন ভাষায় পাঠাতে চান তা আমাদের বলুন।

ভাষা বিদ্যমান: _____ এতে পরিবর্তন: _____

বিকল্প পদ্ধতি/দৃশ্যমান প্রতিবন্ধকতা

আপনার কী কোনও অক্ষমতা আছে যেটার কারণে বিজ্ঞপ্তি পড়তে সমস্যা হয়েছে? আমরা আপনাকে নিম্নলিখিত ফর্ম্যাটে বিজ্ঞপ্তি দিতে পারি। আপনি কীভাবে আপনার বিজ্ঞপ্তিগুলি পেতে চান তা আমাদের জানান।

বড় প্রিন্ট অডিও CD ডেটা CD রেইল

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: _____

নাম)ছাপানো হরফে)	স্বাক্ষর	তারিখ
-------------------	----------	-------

আপনার কি কোন বিশেষ শারীরিক বা মানসিক অসুস্থতা বা অক্ষমতা রয়েছে? এই অবস্থার কারণে এই বিজ্ঞপ্তি বুঝতে কি আপনার অসুবিধা হচ্ছে অথবা এই বিজ্ঞপ্তিতে যা করতে বলা আছে তা করতে পারছেন না? এই অবস্থার কারণে কি - HRAতে অন্য পরিষেবাগুলি পেতে আপনার সমস্যা হচ্ছে? আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি। আমাদেরকে 888-692-6116 নম্বরে ফোন করুন। আপনি যখন একটি HRAঅফিস পরিদর্শন করেন তখনও আমাদের সহায়তা চাইতে পারেন। আইনের অধীনে এই ধরনের সাহায্য চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।