

**DEMANDE DE MODIFICATION PAR LE
CLIENT/PRESTATAIRE DES INFORMATIONS
ENREGISTRÉES**

(Aucun justificatif n'est demandé)



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

Nom du dossier : _____

Numéro de dossier : _____ Numéro d'identification client : _____

La modification concerne : _____

**A. RECTIFIEZ/REPLISSEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES
(COCHEZ TOUTES LES CASES APPLICABLES).**

- Changement de nom**
De : _____
À : _____
- Ajout/Rectification du numéro de Sécurité sociale
(Social Security Number, SSN)**
De : _____
À : _____
- Rectification de la date de naissance**
De : _____
À : _____
- Ajout/Changement de numéro de téléphone**
De : _____
À : _____
- Informations relatives au genre** : L'identité de genre est la catégorie de genre à laquelle vous estimez appartenir et celle par laquelle vous vous désignez. Votre identité de genre peut être identique ou différente du sexe attribué à votre naissance.
De : Masculin Féminin Non binaire ou non conforme X Transgenre
 Autre identité : (Décrire) _____
À : Masculin Féminin Non binaire ou non conforme X Transgenre
 Autre identité : (Décrire) _____
- Sexe correct** :
De : Homme Femme X
 Autre identité : (Décrire) _____
À : Homme Femme X
- Changement d'adresse de résidence**
De : _____
À : _____
- Changement d'adresse postale**
De : _____
À : _____
- Ajout/Changement d'adresse postale secondaire**
De : _____
À : _____

RECTIFIEZ/REPLISSEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES
(COCHEZ TOUTES LES CASES APPLICABLES).

Langue parlée

Langue parlée De : _____ À : _____

Langue lue

Les avis sont disponibles dans les langues suivantes :

- Anglais
- Français
- Russe
- Espagnol
- Créole haïtien
- Chinois simplifié
- Arabe
- Coréen
- Chinois traditionnel
- Bengali
- Polonais
- Ourdou

Indiquez la langue dans laquelle vous souhaitez recevoir vos avis.

Langue lue De : _____ À : _____

Autre format/déficiência visuelle

Vous souffrez d'un handicap visuel qui rend la lecture des avis difficile ? Nous pouvons vous envoyer les avis dans les formats suivants. Indiquez comment vous souhaitez recevoir vos avis.

Gros caractères **CD audio** **CD de données** **Braille**

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: _____

NOM (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

SIGNATURE

DATE

Souffrez-vous d'un handicap ou d'un problème de santé physique ou mentale ? Ce problème de santé vous empêche de comprendre le présent avis ou de faire ce qui est demandé dans celui-ci ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au **888 692 6116**. Vous pouvez également demander de l'aide en vous rendant dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.