

**WNIOSEK KONSUMENTA/DOSTAWCY O ZMIANĘ
INFORMACJI W DOKUMENTACJI**

(Dokumentacja nie jest wymagana)



MAP-751k (P) 03/15/2021
Replaces MAP-751, MAP-751a, and MAP-3069b

Nazwa sprawy: _____

Numer sprawy: _____ CIN: _____

Zmiana dotyczy: _____

**A. POPRAWIĆ/DODAĆ NASTĘPUJĄCE INFORMACJE
(ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE ODNOŚNE OPCJE)**

Zmiana nazwiska

Z: _____

Na: _____

**Dodanie/korekta numeru ubezpieczenia
społecznego (SSN)**

Z: _____

Na: _____

Korekta daty urodzenia

Z: _____

Na: _____

Dodanie/zmiana numeru telefonu

Z: _____

Na: _____

Korekta informacji na temat płci

Z: _____

Na: _____

Zmiana adresu zamieszkania

Z: _____

Na: _____

Zmiana adresu korespondencyjnego

Z: _____

Na: _____

Dodanie/zmiana drugiego adresu korespondencyjnego

Z: _____

Na: _____

POPRAWIĆ/DODAC NASTĘPUJĄCE INFORMACJE
(ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE ODNOŚNE OPCJE)

Znajomość języka – w mowie

Znajomość języka – w mowie Z: _____ Na: _____

Znajomość języka – czytanie

Powiadomienia są dostępne w poniższych wersjach językowych:

- Angielski
- Hiszpański
- Arabski
- Bengalski
- Francuski
- Kreolski haitański
- Koreański
- Polski
- Rosyjski
- Chiński uproszczony
- Chiński tradycyjny
- Urdu

W jakim języku mamy przesyłać powiadomienia?

Znajomość języka – czytanie Z: _____ Na: _____

Format alternatywny / wada wzroku

Czy cierpi Pan/Pani na wadę wzroku utrudniającą czytanie powiadomień? Możemy zapewnić powiadomienia w poniższych formatach. W jakim języku mamy przesyłać powiadomienia?

Duża czcionka **Płyta audio** **Płyta z danymi** **Język Braille'a**

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: _____

IMIĘ I NAZWISKO (DRUKOWANYMI LITERAMI)

PODPIS

DATA

Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub cierpi na jakąś chorobę, w tym chorobę psychiczną? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)? **Możemy zapewnić pomoc. Prosimy o kontakt pod numerem **888-692-6116**. Pomoc można również uzyskać w biurze HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo otrzymać taką pomoc.**