

**ЗАПРОС КЛИЕНТА/ПОСТАВЩИКА ОБ ИЗМЕНЕНИИ  
ИНФОРМАЦИИ В ДЕЛЕ**

**(Документы не требуются)**



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

Название дела: \_\_\_\_\_

Номер дела: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_

Изменение для: \_\_\_\_\_

**A. ИСПРАВЬТЕ/ДОПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ  
(ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПРИМЕНИМЫЕ ГРАФЫ)**

- Измените имя и фамилию**  
C: \_\_\_\_\_  
Ha: \_\_\_\_\_
- Добавьте/измените номер социального обеспечения (SSN)**  
C: \_\_\_\_\_  
Ha: \_\_\_\_\_
- Исправьте дату рождения**  
C: \_\_\_\_\_  
Ha: \_\_\_\_\_
- Добавьте/измените номер телефона**  
C: \_\_\_\_\_  
Ha: \_\_\_\_\_
- Исправьте информацию о половой принадлежности.** Половая идентичность — это то, как вы себя воспринимаете и кем себя называете. Ваша половая идентичность может совпадать с полом, присвоенном вам при рождении, или отличаться от него.  
C:  Мужчина  Женщина,  Небинарный или гендерно-неконформный  X (ни женщина, ни мужчина)  
 Трансгендер  
 Другая идентичность: (Опишите) \_\_\_\_\_  
Ha:  Мужчина  Женщина  Небинарный или гендерно-неконформный  X (ни женщина, ни мужчина)  
 Трансгендер  
 Другая идентичность: (Опишите) \_\_\_\_\_
- Исправьте информацию о поле:**  
C:  Мужской  Женский  X  
 Другая идентичность: (Опишите) \_\_\_\_\_  
Ha:  Мужской  Женский  X
- Измените адрес проживания**  
C: \_\_\_\_\_  
Ha: \_\_\_\_\_
- Измените почтовый адрес**  
C: \_\_\_\_\_  
Ha: \_\_\_\_\_
- Добавьте/измените дополнительный почтовый адрес**  
C: \_\_\_\_\_  
Ha: \_\_\_\_\_

ИСПРАВЬТЕ/ДОПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФОРМАЦИЮ  
(ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПОДХОДЯЩИЕ ВАРИАНТЫ)

**Язык для устного общения**

**Язык для устного общения** С: \_\_\_\_\_ На: \_\_\_\_\_

**Язык для чтения**

Наши уведомления доступны на следующих языках:

- Английский
- Французский
- Русский
- Испанский
- Гаитянский креольский
- Китайский (упрощенный)
- Арабский
- Корейский
- Китайский (традиционный)
- Бенгальский
- Польский
- Урду

Укажите, на каком языке вы хотите получать уведомления.

**Язык для чтения** С: \_\_\_\_\_ На: \_\_\_\_\_

**Альтернативный формат уведомлений / для лиц с нарушениями зрения**

У Вас есть нарушение зрения, которое затрудняет чтение данных уведомлений? Мы можем предоставлять Вам уведомления в нижеуказанных форматах. Укажите в каком формате Вы хотите получать уведомления.

**Крупный шрифт**       **На компакт-диске в аудиоформате**       **На компакт-диске с данными**       **Шрифтом Брайля**

**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: \_\_\_\_\_

ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

ПОДПИСЬ

ДАТА

**У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность?** Это состояние мешает Вам понять смысл данного уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Это нарушение не позволяет Вам пользоваться другими услугами HRA? **Мы можем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру **888-692-6116**. Вы также можете обратиться за помощью во время посещения офиса HRA. У Вас есть законное право обратиться за такой помощью.