

**SOLICITUD DEL CONSUMIDOR/PROVEEDOR PARA  
CAMBIAR LA INFORMACIÓN EN EL ARCHIVO**

**(No se requiere documentación)**



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

Nombre del caso: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_

El cambio es para: \_\_\_\_\_

**A. CORREGIR/AGREGAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)**

<input type="checkbox"/> <b>Cambiar nombre</b> De: _____ A: _____	<input type="checkbox"/> <b>Agregar/corregir número de seguro social (SSN)</b> De: _____ A: _____
<input type="checkbox"/> <b>Corregir fecha de nacimiento</b> De: _____ A: _____	<input type="checkbox"/> <b>Agregar/cambiar número de teléfono</b> De: _____ A: _____
<input type="checkbox"/> <b>Corregir la información de género:</b> La identidad de género es cómo se percibe y cómo se identifica usted mismo. Su identidad de género puede ser la misma o distinta a la de su sexo asignado al nacer. Desde: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario o no conforme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Identidad diferente: (Describa) _____ Hasta: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario o no conforme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Identidad diferente: (Describa) _____	
<input type="checkbox"/> <b>Sexo correcto:</b> Desde: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Identidad diferente: (Describa) _____ Hasta: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	
<input type="checkbox"/> <b>Cambiar la dirección de residencia</b> De: _____ A: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Cambiar la dirección</b> De: _____ A: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Agregar/cambiar la dirección secundaria</b> De: _____ A: _____	

CORREGIR/AGREGAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

**Idioma hablado**

**Idioma hablado** De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

**Idioma leído**

Tenemos avisos disponibles en estos idiomas:

- Inglés
- Español
- Árabe
- Bengali
- Francés
- Criollo haitiano
- Coreano
- Polaco
- Ruso
- Chino simplificado
- Chino tradicional
- Urdu

Díganos en qué idioma quiere que se le envíen sus avisos.

**Idioma leído** De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

**Formato alternativo/discapacidad visual**

¿Tiene una discapacidad visual que le dificulta leer los avisos? Podemos darle avisos en los siguientes formatos. Díganos cómo quiere que se le envíen sus avisos:

**Letra grande**       **CD de audio**       **CD de datos**       **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: \_\_\_\_\_

NOMBRE (EN LETRA DE MOLDE)	FIRMA	FECHA
----------------------------	-------	-------

**¿Tiene una condición o discapacidad médica o de salud mental?** ¿Esta condición le dificulta entender este aviso o hacer lo que pide este aviso? ¿Esta condición hace que sea difícil para usted obtener otros servicios en la HRA? **Podemos ayudarlo.** Llámenos al **888-692-6116**. También puede solicitar ayuda cuando visite una oficina de la HRA. Tiene derecho a solicitar este tipo de ayuda según la ley.