

客户/提供者申请变更备案信息  
(无需任何文件)



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

个案名称: \_\_\_\_\_  
个案号码: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_  
变更内容: \_\_\_\_\_

A. 更正/新增以下信息 (请勾选所有适用项)

- 变更姓名**  
变更前: \_\_\_\_\_  
变更后: \_\_\_\_\_
- 添加/更正社会安全号码 (Social Security Number, SSN)**  
变更前: \_\_\_\_\_  
变更后: \_\_\_\_\_
- 更正出生日期**  
变更前: \_\_\_\_\_  
变更后: \_\_\_\_\_
- 添加/变更电话号码**  
变更前: \_\_\_\_\_  
变更后: \_\_\_\_\_
- 更正性别信息:** 性别认同是指您如何看待自己, 如何称呼自己。您的性别认同可以与您出生时的生理性别相同, 也可以不同。  
更正前:  男性  女性  非二元性别或非性别常规者  X  跨性别者  
 不同认同: (请描述) \_\_\_\_\_  
更正后:  男性  女性  非二元性别或非性别常规者  X  跨性别者  
 不同认同: (请描述) \_\_\_\_\_
- 更正性别:**  
更正前:  男性  女性  X  
 不同认同: (请描述) \_\_\_\_\_  
更正后:  男性  女性  X
- 变更居住地址**  
变更前: \_\_\_\_\_  
变更后: \_\_\_\_\_
- 变更邮寄地址**  
变更前: \_\_\_\_\_  
变更后: \_\_\_\_\_
- 添加/变更第二邮寄地址**  
变更前: \_\_\_\_\_  
变更后: \_\_\_\_\_

更正/新增以下信息（请勾选所有适用项）

口语语言

口语语言                      变更前: \_\_\_\_\_ 变更后: \_\_\_\_\_

书面语言

我们可提供以下语言版本的通知:

- 英语
- 西班牙语
- 阿拉伯语
- 孟加拉语
- 法语
- 海地克里奥尔语
- 韩语
- 波兰语
- 俄语
- 简体中文
- 繁体中文
- 乌尔都语

请告知您希望我们以哪种语言给您发送通知。

书面语言                      变更前: \_\_\_\_\_ 变更后: \_\_\_\_\_

其他格式/视力障碍

您是否因视力障碍而无法正常阅读通知? 我们可为您提供以下格式的通知。请告知您希望我们寄给您哪种格式的通知:

大字版本                       音频 CD                       数据 CD                       盲文

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

姓名（以正楷书写）	签名	日期
-----------	----	----

**您是否有医疗或心理健康疾病或残障问题?** 此问题是否让您难以理解本通知或完成本通知所要求的事情? 此问题是否使您难以获得 HRA 提供的其他服务? **我们可助您一臂之力。** 请致电 **888-692-6116** 与我们联系。您也可以在造访 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定, 您有权要求此类帮助。