

客戶/提供者申請變更歸檔資訊

(無需任何文件)



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

個案名稱： _____

個案號碼： _____ CIN： _____

變更內容： _____

A. 修正/新增下列資訊 (請勾選所有適用項目)

- 變更姓名**
變更前： _____
變更後： _____
- 新增/修正社會安全號碼 (Social Security Number, SSN)**
變更前： _____
變更後： _____
- 修正出生日期**
變更前： _____
變更後： _____
- 新增/變更電話號碼**
變更前： _____
變更後： _____
- 修正性別資訊**：性別認同是指您如何看待自己以及您如何定義自己。您的性別認同可以與您出生時的生理性別相同或不同。
更正前： 男性 女性 非二元性別或非性別常規者 X 跨性別者
 不同認同：(請描述) _____
更正後： 男性 女性 非二元性別或非性別常規者 X 跨性別者
 不同認同：(請描述) _____
- 修正性別**：
更正前： 男性 女性 X
 不同認同：(請描述) _____
更正後： 男性 女性 X
- 變更居住地址**
變更前： _____
變更後： _____
- 變更郵寄地址**
變更前： _____
變更後： _____
- 新增/變更次要郵寄地址**
變更前： _____
變更後： _____

修正/新增下列資訊 (請勾選所有適用項目)

口語語言

口語語言 變更前: _____ 變更後: _____

書面語言

我們提供下列語言版本的通知：

- 英語
- 西班牙語
- 阿拉伯語
- 孟加拉語
- 法語
- 海地克里奧爾語
- 韓語
- 波蘭語
- 俄語
- 簡體中文
- 繁體中文
- 烏爾都語

請告知您希望收到何種語言的通知。

書面語言 變更前: _____ 變更後: _____

其他格式/視力障礙

您是否因為視力障礙而難以閱讀通知？我們可以提供下列格式的通知。請告知您希望收到何種格式的通知：

大字體印刷 音頻光碟 資料光碟 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 (以正楷書寫)

簽名

日期

您是否有醫療或心理健康疾病或殘障問題？此問題是否導致您難以理解此通知或完成此通知所要求的事情？此問題是否使您難以取得 HRA 提供的其他服務？**我們可助您一臂之力。**請致電 **888-692-6116** 與我們聯絡。您也可以造訪 HRA 辦公室時尋求協助。根據法律規定，您有權尋求此類協助。