

فائل میں موجود معلومات کو تبدیل کرنے کے لیے صارف/فراہم کنندہ کی درخواست

(دستاویزی شہادت مطلوب نہیں ہے)

**NYC**™ Human Resources Administration  
Department of Social Services

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

کیس کا نام:

\_\_\_\_\_

کیس نمبر:

\_\_\_\_\_ :CIN \_\_\_\_\_

تبدیلی کے لئے ہے:

\_\_\_\_\_

درج ذیل معلومات کو درست/شامل کریں (وہ سبھی نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں)

A.

نام تبدیل کریں  
 سوشل سیکیورٹی نمبر (Social Security Number, SSN) شامل/درست کریں

از:

\_\_\_\_\_

سے:

\_\_\_\_\_

فون نمبر شامل/تبدیل کریں

از:

\_\_\_\_\_

سے:

\_\_\_\_\_

تاریخ پیدائش درست کریں

از:

\_\_\_\_\_

سے:

\_\_\_\_\_

درست صنفی معلومات صنفی شناخت یہ ہے کہ آپ خود کو کیا سمجھتے/سمجھتی ہیں اور کیسے بیان کرتے/کرتی ہیں۔ آپ کی صنفی شناخت پیدائش کے وقت تفویض کردہ جنس سے مماثل یا مختلف ہو سکتی ہے۔

از:  مرد  عورت  غیر ثنائی یا غیر موافق   مخنث

مختلف شناخت: (واضح کریں)

\_\_\_\_\_

تا:  مرد  عورت  غیر ثنائی یا غیر موافق   مخنث

مختلف شناخت: (واضح کریں)

\_\_\_\_\_

درست جنس:

از:  مرد  عورت   مخنث

مختلف شناخت: (واضح کریں)

\_\_\_\_\_

تا:  مرد  عورت   مخنث

رہائش کا پتہ تبدیل کریں

از:

\_\_\_\_\_

سے:

\_\_\_\_\_

ڈاک کا پتہ تبدیل کریں

از:

\_\_\_\_\_

سے:

\_\_\_\_\_

ڈاک کا ثانوی پتہ شامل/تبدیل کریں

از:

\_\_\_\_\_

سے:

\_\_\_\_\_

درج ذیل معلومات کو درست/شامل کریں (وہ سبھی نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں)

بولی جانے والی زبان

بولی جانے والی زبان

از:

سے:

پڑھی جانے والی زبان

ہمارے پاس درج ذیل زبانوں میں نوٹسز دستیاب ہیں:

- انگریزی
- ہسپانوی
- عربی
- بنگالی
- فرانسیسی
- پیشین کریول
- کوریائی
- پولش
- روسی
- آسان چینی
- روایتی چینی
- اردو

ہمیں بتائیں کہ آپ کس زبان میں نوٹس حاصل کرنا چاہتے ہیں۔

پڑھی جانے والی زبان

از:

سے:

متبادل شکل/بصری خرابی

کیا آپ کو بصری معذوری لاحق ہے جس کی وجہ سے نوٹس کو پڑھنا مشکل ہوتا ہے؟ ہم آپ کو درج ذیل فارمیٹس میں نوٹسز دے سکتے ہیں۔ ہمیں بتائیں کہ ہم آپ کو آپ کے نوٹسز کیسے بھجوانا چاہتے ہیں:

بڑا پرنٹ  آڈیو CD  ڈیٹا CD  بریل

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: \_\_\_\_\_

تاریخ

دستخط

نام (جلی حروف میں)

کیا آپ کو طبی یا ذہنی صحت کا عارضہ یا معذوری لاحق ہے؟ کیا اس کیفیت کی وجہ سے آپ کے لیے اس نوٹس کو سمجھنا یا اس نوٹس میں جو کچھ کہا جا رہا ہے اسے انجام دینا مشکل ہو جاتا ہے؟ کیا اس حالت کی وجہ سے آپ کے لیے HRA میں موجود دیگر خدمات حاصل کرنا مشکل ہو رہا ہے؟ ہم آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ ہمیں 888-692-6116 پر فون کریں۔ آپ اس وقت بھی مدد کی درخواست دے سکتے ہیں جب آپ HRA دفتر جائیں۔ آپ کو قانون کے تحت اس قسم کی مدد حاصل کرنے کا حق ہے۔