

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

(Документы не требуются)



MAP-751k (R) 03/15/2021
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

С: _____

На: _____

**Добавьте/измените номер социального
обеспечения (SSN)**

С: _____

На: _____

Исправьте дату рождения

С: _____

На: _____

Добавьте/измените номер телефона

С: _____

На: _____

Исправьте информацию о половой принадлежности

С: _____

На: _____

Измените адрес проживания

С: _____

На: _____

Измените почтовый адрес

С: _____

На: _____

Добавьте/измените дополнительный почтовый адрес

С: _____

На: _____

**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 • Испанский • Арабский • Бенгальский
- Французский • Гаитянский креольский • Корейский • Польский
- Русский • Китайский (упрощенный) • Китайский (традиционный) • 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.