

## 인적 자원 관리국(HRA) 기록의 이름 및/또는 성별 변경 요청

주의 사항: 아래의 모든 섹션은 의뢰인 또는 의뢰인을 대표하여 직원이 작성할 수 있습니다.

### 섹션 I - 현재 케이스 정보

의뢰인 성명:	CIN:
케이스 번호 또는 소셜시큐리티 번호(선택 사항)	제출일:
주소:	

**섹션 II - 요청 내용(조건 설명을 위해 동봉한 FAQ 시트의 섹션/항목 번호 3을 참조하십시오.)** 귀하의 케이스에 대해 다음 중 일부 또는 모든 사항을 변경하도록 요청하실 수 있습니다. 변경하시려는 사항에 체크(☑)하십시오.

<input type="checkbox"/> 케이스 기록에서 성별 수정(WMS)		<u>본인의 성별</u> <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성
<input type="checkbox"/> Medicaid의 건강 보장에서 모든 성별 관련 제한 사항 삭제 * * 이 코드는 청구 시스템에서 제공자가 볼 수 있습니다		<u>본인의 성별</u> <input type="checkbox"/> 여성(eMedNY Code G1) <input type="checkbox"/> 남성(eMedNY Code G2)
<input type="checkbox"/> 이름 변경 기존 이름: _____ 새 이름: _____		
의뢰인 또는 승인 대리인 서명:		
승인 대리인 이름(정자체):		

다음 페이지 참조

**섹션 III – 제출 서류(첫 번째 열에서 해당되는 항목 모두 체크)**  
 접수 가능한 서류에 대한 설명을 위해 동봉한 **FAQ** 시트의 **섹션/항목 번호 1과 2**를 참조하십시오.  
 원본 서류는 보내지 마십시오. 제출하시는 서류 사본은 판독이 가능하고 완벽히 작성된 상태이어야 합니다.

요청하시는 성별 수정과 이름 수정에 대해 이를 입증하는 서류를 각각 하나 이상 제출하셔야 합니다.  
 마지막 두 열에서 한 개 또는 두 개 열에 있는 체크 표시(√)를 확인하십시오.

열거된 서류 유형은 다음을 입증하는 자료로서 유효합니다.

서류 유형	성별 수정	이름 변경
<input type="checkbox"/> 출생증명서/수정된 출생증명서	√	√
<input type="checkbox"/> 법원 명령		√
<input type="checkbox"/> NYS 운전 면허증	√	√
<input type="checkbox"/> NYS 비운전자 ID	√	√
<input type="checkbox"/> Social Security Administration(사회보장국)으로부터 받은 서한	√	√
<input type="checkbox"/> 의료 소견서	√	
<input type="checkbox"/> 혼인증명서		√
<input type="checkbox"/> 여권	√	√
<b>직원 참고사항: 위의 섹션 II 및 III에서 참조한 FAQ 시트를 반드시 포함하십시오.</b>		

문의사항이 있는 경우 **HRA** 인포라인에 **(718) 557-1399**번으로 전화하십시오.