

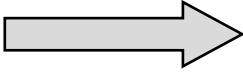
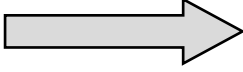
人力资源管理局 (HRA) 记录姓名和/或性别变更申请

注意：以下各个部分由客户或代表客户的工作人员填写。

第 I 部分 – 最新个案信息

客户姓名：	客户识别号码 (CIN)：
个案号码或 社会安全号码（可选）：	提交日期：
住址：	

第 II 部分 – 请求（有关条款解释，参见随附的 **FAQ** 表格第 3 部分/项。）您可以请求对您的个案做出下列任何或全部变更。勾选 (☑) 您想要做出的变更。

<input type="checkbox"/> 修正个案记录中的性别 (WMS)		我自认为是 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
<input type="checkbox"/> 取消 Medicaid 健康保险的所有性别限制* * 请注意，提供商可在计费系统中查看此代码		我自认为是 <input type="checkbox"/> 女性 (eMedNY 代码 G1) <input type="checkbox"/> 男性 (eMedNY 代码 G2)
<input type="checkbox"/> 变更姓名 曾用名： _____ 现用名： _____		
客户或授权代表签名：		
授权代表姓名（正楷）：		

见下页 

第 III 部分 – 您提交的文件（勾选第一栏中的所有适用项）

关于我们可接受的文件解释，请参见 **FAQ 表格第 1 和 2 部分/项**。请勿邮寄原件。请确保您寄送的副本完整可读。

您必须为您请求的每次性别修正和姓名变更至少提交一份支持文件。查看最后一栏/两栏中的勾选符号 (√)。

所列文件类型可作为支持下列事宜的有效证明：

文件类型	性别纠正	姓名变更
<input type="checkbox"/> 出生证明/修正后的出生证明	√	√
<input type="checkbox"/> 法庭判令		√
<input type="checkbox"/> 纽约州驾照	√	√
<input type="checkbox"/> 纽约州非驾驶员身份证	√	√
<input type="checkbox"/> 社会安全局提供的信函	√	√
<input type="checkbox"/> 病历	√	
<input type="checkbox"/> 结婚证		√
<input type="checkbox"/> 护照	√	√

工作人员注意事项：请记得随附在上面第 II 部分和第 III 部分提到的 **FAQ 表格**。

如有任何疑问，请致电 **HRA 信息热线 (718) 557-1399**。