

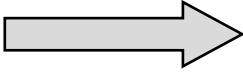
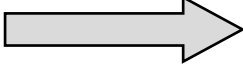
要求變更人力資源管理局 (HRA) 記錄中的姓名及性別


請注意：以下所有部分都會需由客戶或代表客戶之人員完成。

第一部分 – 目前的個案資訊

客戶姓名：	客戶識別號碼 (CIN)：
個案號碼或 社會安全號碼 (選填)：	提交日期：
地址：	

第二部分 – 要求 (請參閱隨附的常見問答集資料表的章節/項目編號 3，以瞭解關於詞彙的說明。) 您可要求對您個案進行下列任一或所有變更。勾選您要進行的變更 (☑)。

<input type="checkbox"/> 修正個案記錄 (WMS) 中的性別		我的身分是... <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
<input type="checkbox"/> 移除 Medicaid 健康承保範圍的所有性別限制 * * 請注意，提供者可以在帳單系統中看到此代碼		我的身份是.... <input type="checkbox"/> 女性 (eMedNY 代碼 G1) <input type="checkbox"/> 男性 (eMedNY 代碼 G2)
<input type="checkbox"/> 變更姓名 原始姓名：_____ 變更姓名：_____		
客戶或授權代表的簽名：		
授權代表姓名 (正楷)：		

請參閱下一頁 

第三部分 – 您提交的文件 (請勾選第一欄中所有適用的項目)

請參閱常見問答集資料表的章節/項目編號 **1** 和 **2**，以瞭解關於我們可接受之文件的說明。不要郵寄文件正本。請確定您郵寄的副本內容清晰可辨且完整無缺。

您必須提交至少一份可佐證您要求之性別更正和姓名變更的文件。請檢查最後兩個欄位中的核取記號(√)。

列出的文件類型可有效證明下列項目：

文件類型	性別更正	姓名變更
<input type="checkbox"/> 出生證明/修訂過出生證明	√	√
<input type="checkbox"/> 法院命令		√
<input type="checkbox"/> 紐約州駕照	√	√
<input type="checkbox"/> 紐約州非駕駛人身分證件	√	√
<input type="checkbox"/> 社會安全局 (Social Security Administration) 寄發的 信函	√	√
<input type="checkbox"/> 病歷	√	
<input type="checkbox"/> 結婚證明		√
<input type="checkbox"/> 護照	√	√
工作人員注意事項：請記得隨附上述第二部分和第三部分所述的的常見問答集資料表。		

若您有任何疑問，請撥打 **HRA 資訊專線：(718) 557-1399**。