

**SOLICITUD DEL CONSUMIDOR/PROVEEDOR PARA
CAMBIAR LA INFORMACIÓN EN EL ARCHIVO**

(No se requiere documentación)



MAP-751k (S) 03/15/2021
Replaces MAP-751, MAP-751a, and MAP-3069b

Nombre del caso: _____

Número de caso: _____ CIN: _____

El cambio es para: _____

A. CORREGIR/AGREGAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

Cambiar nombre

De: _____

A: _____

Agregar/corregir número de seguro social (SSN)

De: _____

A: _____

Corregir fecha de nacimiento

De: _____

A: _____

Agregar/cambiar número de teléfono

De: _____

A: _____

Corregir la información de género

De: _____

A: _____

Cambiar la dirección de residencia

De: _____

A: _____

Cambiar la dirección

De: _____

A: _____

Agregar/cambiar la dirección secundaria

De: _____

A: _____

CORREGIR/AGREGAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

Idioma hablado

Idioma hablado De: _____ A: _____

Idioma leído

Tenemos avisos disponibles en estos idiomas:

- Inglés
- Español
- Árabe
- Bengali
- Francés
- Criollo haitiano
- Coreano
- Polaco
- Ruso
- Chino simplificado
- Chino tradicional
- Urdu

Díganos en qué idioma quiere que se le envíen sus avisos.

Idioma leído De: _____ A: _____

Formato alternativo/discapacidad visual

¿Tiene una discapacidad visual que le dificulta leer los avisos? Podemos darle avisos en los siguientes formatos. Díganos cómo quiere que se le envíen sus avisos:

Letra grande **CD de audio** **CD de datos** **Braille**

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: _____

| NOMBRE (EN LETRA DE MOLDE) | FIRMA | FECHA |
|----------------------------|-------|-------|
|----------------------------|-------|-------|

¿Tiene una condición o discapacidad médica o de salud mental? ¿Esta condición le dificulta entender este aviso o hacer lo que pide este aviso? ¿Esta condición hace que sea difícil para usted obtener otros servicios en la HRA? Podemos ayudarlo. Llámenos al 888-692-6116. También puede solicitar ayuda cuando visite una oficina de la HRA. Tiene derecho a solicitar este tipo de ayuda según la ley.