

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

(No se requiere documentación)



MAP-751k (S) 11/27/2024
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: _____
- Corregir fecha de nacimiento**
De: _____
A: _____
- Corregir la información de género:** La identidad de género es cómo se percibe y cómo se identifica usted mismo. Su identidad de género puede ser la misma o distinta a la de su sexo asignado al nacer.
Desde: Masculino Femenino No binario o no conforme X Transgénero
 Identidad diferente: (Describa) _____
Hasta: Masculino Femenino No binario o no conforme X Transgénero
 Identidad diferente: (Describa) _____
- Sexo correcto:**
Desde: Masculino Femenino X
 Identidad diferente: (Describa) _____
Hasta: Masculino Femenino X
 Identidad diferente: (Describa) _____
- 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
- Albanés
- Italiano
- Yidis

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.