

## 發育障礙 個人支援工作者或 獨立醫療服務提供者 資訊變更表

### 變更類型：

- 醫療服務提供者紀錄  
 快速給付與通報  
 系統 (eXPRS) 使用者帳戶

### 請勾選所有適用選項：

- 醫療服務提供者地址變更  
 電子郵件地址變更  
 電話號碼變更

(若社會安全號碼、姓名、出生日期有任何變更，則**必須**提交新的醫療服務提供者註冊申請表和協議 [Provider Enrollment Application and Agreement, PEAA] 或使用者註冊表 [User Enrollment Form, UEF]。)

醫療服務提供者姓名：			
(必填)	名字	姓氏	中間名縮寫
醫療服務提供者編號：		出生日期 (必填)：	
社會安全號碼 (SSN) (必填)：			
eXPRS 使用者帳戶登入資訊：			
電子郵件變更：		電話變更：	
<b>實際地址變更</b>			
地址：		城市：	
郡縣：	州：	郵遞區號™+後 4 碼：	
<b>通訊地址變更 (如與實際地址不同)</b>			
地址：		城市：	
郡縣：	州：	郵遞區號™+後 4 碼：	
<b>意見、備註或其他資訊(包括提交社區發育障礙計劃 (CDDP) 或仲介資訊)</b>			

醫療服務提供者簽名 (必填)

日期 (必填)

請透過電子郵件將填妥且簽名的表格寄送至：[PSW.Enrollment@dhsola.state.OR.US](mailto:PSW.Enrollment@dhsola.state.OR.US)

\*變更申請的項目僅限本表格中所列的項目。若有其他變更，將需提交新的 UEF 或 PEAA。