

发育障碍 个人支持工作者或独立提供者 信息变更表格

变更类型:

- 提供者记录
 快速支付与报告
 系统 (eXPRS) 用户账户

勾选所有适用项:

- 提供者地址变更
 电子邮件地址变更
 电话号码变更

(SSN、姓名、出生日期变更**必须**提交新的提供者参与申请及协议 (PEAA) 或 UEF。)

提供者姓名: _____		
(必填) 名字	姓氏	中间名首字母
提供者编号: _____	出生日期 (必填): _____	
社会安全号码 (SSN) (必填): _____		
eXPRS 用户账户登录: _____		
电子邮件变更: _____	电话变更: _____	
实际地址变更:		
地址: _____		城市: _____
县: _____	州: _____	邮编™+4: _____
邮寄地址变更 (若与实体地址不同)		
地址: _____		城市: _____
县: _____	州: _____	邮编™+4: _____
意见、备注或其他信息 (包括提交社区发展残障计划 (CDDP) 或代理信息)		

提供者签名 (必填)

日期 (必填)

通过电子邮件将填妥并签署的表格发往: PSW.Enrollment@dhsosha.state.OR.US

*申请仅限于本表格所列者。其他变更需要新的UEF 或 PEAA。