

## Работник индивидуального обслуживания или независимый поставщик услуг для лиц с нарушениями развития

Бланк отчета об изменении данных

### Вид изменения:

- Запись о поставщике услуг  
 Имя пользователя учетной записи  
в системе экспресс оплаты и  
отчетности (eXPRS)

### Отметьте все, что применимо:

- Изменение адреса поставщика услуг  
 Изменение адрес эл. почты  
 Изменение номера телефона

*(Об изменении номера SSN, имени, фамилии, даты рождения **требуется**  
подать новую заявку на регистрацию и соглашения (PEAA) или UEF.)*

Имя, фамилия или название поставщика услуг: (заполняется обязательно)			
Имя	Фамилия	Инициал отчества или второго имени	
Номер поставщика услуг:		Дата рождения (заполняется обязательно):	
Номер в системе социального обеспечения (SSN) (заполняется обязательно):			
Имя пользователя учетной записи в системе eXPRS:			
Изменение адреса эл. почты:		Изменение номера телефона:	

### Изменение фактического адреса:

Адрес:		Город:	
Округ:		Почтовый индекс (ZIP code™) (+ 4 дополнительные цифры):	
Штат:			

<b>Изменение почтового адреса (если отличается от фактического адреса)</b>		
Адрес:	Город:	
	Почтовый индекс (ZIP code™) (+ 4 дополнительные цифры):	
Округ:	Штат:	
<b>Комментарии, замечания или дополнительная информация (в том числе предоставление информации о программе поддержки по месту жительства для лиц с нарушениями развития (CDDP) или посреднической службе)</b>		

Подпись поставщика услуг (заполняется обязательно)

Дата (заполняется обязательно)

Отправьте заполненный и подписанный формуляр по эл. почте:

[PSW.Enrollment@dhsosha.state.OR.US](mailto:PSW.Enrollment@dhsosha.state.OR.US)

\*Запросы ограничены пунктами, перечисленными в настоящем формуляре. Дополнительные изменения требуют заполнения нового формуляра UEF или PEAA.