

Proveedor independiente o trabajador de apoyo personal de discapacidades del desarrollo

Formulario de cambio de información

Tipo de cambio:

- Expediente del/de la proveedor(a)
- Cuenta de usuario del Sistema de Pagos e Informes Express (eXPRS)

Marque todas las opciones que correspondan:

- Cambio de dirección del/de la proveedor(a)
- Cambio de dirección de correo electrónico
- Cambio de número telefónico

*(Para cualquier cambio de SSN, nombre o fecha de nacimiento, **se debe** entregar una nueva solicitud y acuerdo de inscripción de proveedores [PEAA, por sus siglas en inglés] o UEF.)*

Nombre del/de la proveedor(a): _____			
<i>(requerido)</i>	Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de proveedor: _____	Fecha de nacimiento <i>(requerida)</i> : _____		
Número de Seguro Social (SSN) <i>(requerido)</i> : _____			
Inicio de sesión de la cuenta de usuario de eXPRS: _____			
Cambio de correo electrónico: _____		Cambio de teléfono: _____	
Cambio de dirección física			
Dirección: _____		Ciudad: _____	
Condado: _____	Estado: _____	ZIP code™ (código postal) +4: _____	
Cambio de dirección postal (si es diferente a la dirección física)			
Dirección: _____		Ciudad: _____	
Condado: _____	Estado: _____	ZIP code™ (código postal) +4: _____	

Comentarios, notas o información adicional (*incluyendo la entrega de información de los Programas Comunitarios de Discapacidades del Desarrollo (CDDP, por sus siglas en inglés) o del intermediario*)

Firma del/de la proveedor(a) (*requerida*)

Fecha (*requerida*)

Envíe el formulario completado y firmado por correo electrónico a:

PSW.Enrollment@dhsosha.state.OR.US

*Las solicitudes están limitadas a aquellas incluidas en este formulario. Los cambios adicionales requerirán un nuevo UEF o PEAA.