

Tipo de cambio:

- Registro de proveedores
- Cuenta de usuario de pagos exprés y Sistema de reportes (eXPRS)

Marque todo lo que corresponda:

- Cambio de dirección del proveedor
- Cambio de dirección de correo electrónico
- Cambio de número de teléfono

*(Para cualquier cambio en el SSN, nombre, fecha de nacimiento, **debe** presentar una nueva solicitud y acuerdo de registro de proveedor (PEAA) o UEF).*

Nombre del proveedor: _____ <i>(obligatorio)</i>			
Nombre	Apellido	Inicial del 2º nombre	
Número de proveedor: _____		Fecha de nacimiento <i>(obligatorio)</i> : _____	
Número de seguro social (SSN) <i>(obligatorio)</i> : _____			
Usuario para inicio de sesión de la cuenta de eXPRS: _____			
Cambio de correo electrónico: _____			
Cambio de número de teléfono: _____			
Cambio de dirección física			
Dirección: _____		Ciudad: _____	
Condado: _____	Estado: _____	Código postal™+4: _____	
Cambio de dirección postal (si es diferente a la dirección física)			
Dirección: _____		Ciudad: _____	
Condado: _____	Estado: _____	Código postal™+4: _____	
Comentarios, notas o información adicional <i>(incluyendo la presentación de información del Programa Comunitario de Discapacidades del Desarrollo (CDDP) o de la agencia de servicios)</i>			

Firma del proveedor *(obligatorio)*

Fecha *(obligatorio)*

Envíe el formulario completado y firmado por correo electrónico a:

PSW.Enrollment@dhsosha.state.OR.US

*Las solicitudes se limitan a las que se mencionan en este formulario. Los cambios adicionales requerirán un nuevo UEF o PEAA.