



自願同意 豁免

客戶：

年長者服務部 (ASAP)：

我理解我的 _____ 將：
(家庭護理服務類型)

☐ 從原來的 _____

減少/更改為 _____ 開始日期 _____ (日期)。

☐ 終止日期 _____ (日期)。

我不再接受家庭護理服務，並且不再參加豁免計劃 (Waiver Program)。

我知道我有權對 ASAP 作出的決定提出上訴。我同意上述決定，不希望對本項決定提出上訴。

簽名：

客戶： _____ 日期： _____

個案經理： _____ 日期： _____