



Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
Executive Office of Elder Affairs

家庭護理計劃 (HCP) 資格審核通知／自願協同付款

申請人：

年長者服務部 (ASAP)：

根據對您的申請的審核，我們已經決定您**有資格**接受家庭護理計劃服務。

如果您願意為向您提供的服務支付**自願協同付款**，建議的月捐款額為：\$ _____。

如果您選擇不支付自願協同付款，向您提供的服務**不會**受到影響。

如果您的服務需求、生活安排或收入發生任何變化，請通知您的個案經理。

個案經理：_____

日期：_____

電話號碼：_____