



家庭護理計劃 (HCP) 不合格通知

申請人：

年長者服務部 (ASAP):

根據對您的申請的審核，由於以下原因，我們已經決定您沒有資格接受家庭護理服務：

- ☐ 年齡
- ☐ 功能受損水平 (FIL)
- ☐ 需求
- ☐ 財務
- ☐ 其他（解釋）：

您有權對本項決定提出上訴。

個案經理：_____ 日期：_____

電話號碼：_____

附件：您享有的上訴權
審核申請