



家庭護理計劃 (HCP) 訴訟通知／豁免

收件人：

發件人 (ASAP)：

日期：_____

尊敬的 _____：

本函是通知您根據您目前的狀況您的家庭護理服務將作出更改。

向您提供的服務將：

☐ 從原來的 _____
減少為 _____ **開始日期** _____ (日期)。

☐ **終止日期** _____ (日期)。您不再接受豁免計劃
(waiver program) 家庭護理服務。

理由：_____

以上決定係基於年長者事務執行辦公室 (Executive Office of Elder Affairs) 「家庭護理計劃規則」
(Home Care Program Regulations) 第 _____ 節規定，該規定的內容為： _____

您有權對本項決定提出上訴。如果您希望對本項決定提出上訴，您必須在收到本「訴訟通知」後的三十
(30) 個日曆日內將隨附的「審核申請」寄給年長者服務部 (Aging Services Access Point)，地址見
上方。在上訴期間，您可繼續接受保持目前水平的服務。

如果您的情形發生變化或有任何問題，請打電話給我，電話號碼 _____。此致
敬意！

個案經理：_____

附件：您享有的 ASAP 上訴權
ASAP 審核申請