



កម្មវិធីថែរក្សាតាមផ្ទះ (HCP) សេចក្តីជូនដំណឹងពីការសម្រេច

ជូន : _____ ពី (ASAP): _____

ខែថ្ងៃឆ្នាំ : _____

ជូនចំពោះ : _____ :

យើងសរសេរសំបុត្រមកជំរាបអ្នក ពីការផ្លាស់ប្តូរក្នុងការបម្រើថែរក្សាតាមផ្ទះ (Home Care Program services) ដោយសំអាងលើកាលៈទេសៈ
បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
ការបម្រើរបស់អ្នកនឹង :

☐ បានបន្ថយ ពី _____
ទៅជា _____ នៅ _____ (ខែថ្ងៃឆ្នាំ)។

☐ បានបញ្ចប់ នៅ _____ (ខែថ្ងៃឆ្នាំ)។ អ្នកនឹងលែងទទួលបានការបម្រើថែរក្សាតាម
ផ្ទះឡើងវិញ ។

មូលហេតុ : _____

ការសម្រេចនៅខាងលើគឺបានសំអាងលើផ្នែក _____ នៃបញ្ញត្តិកម្មវិធីថែរក្សាតាមផ្ទះ
នៃការិយាល័យប្រតិបត្តិការ កិច្ចការ ចាស់ទុំ (Executive Office of Elder Affairs) ដែលថ្លែងថា : _____

អ្នកមានសិទ្ធិតវ៉ាការសម្រេចនេះបាន ។ បើអ្នកប្រាថ្នាចង់តវ៉ាការសម្រេចនេះ អ្នកត្រូវតែធ្វើសំណើសុំរាប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញ ដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយ
ទៅ លទ្ធភាពទទួលបានចំណុចការបម្រើជំនួយ (Aging Services Access Point) តាមអាសយដ្ឋាននៅខាងលើ ក្នុងរយៈពេល៧២ ម៉ោង (14) ថ្ងៃនៃប្រក្រតិ
តិទិន ចាប់ពីថ្ងៃដែលបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងពីការសម្រេច (Notice of Action) នេះ ។

បើអ្នកសំរេចចិត្តសុំតវ៉ាក្នុងកំឡុងពេលវិធីសុំតវ៉ា នោះការបម្រើរបស់អ្នក :

- ☐ នឹងមានជាបន្តទៀត នៅថ្នាក់បច្ចុប្បន្ននេះរបស់គេ ។
- ☐ នឹងមានជាបន្តទៀត ដោយបានបន្ថយចំនួនដូចបានកំណត់នៅខាងលើ ។
- ☐ នឹងមិនបន្តទៀតឡើយ ។

បើសិនជាស្ថានភាពរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ ឬបើអ្នកមានសំណួរអ្វី សូមទូរស័ព្ទមកខ្ញុំតាមលេខ _____ ។

ដោយនូវភក្តីភាព

អ្នកចាត់ចែងសំណុំរឿង