



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

Programa de Assistência Domiciliária Notificação de Elegibilidade/Co-pagamento Voluntário

Requerente:

Ponto de Acesso aos Serviços de Envelhecimento (ASAP):

Após termos passado em revista o seu formulário de inscrição, chegámos à conclusão de que é **elegível** para receber serviços do Programa de Assistência Domiciliária (Home Care Program).

Se quiser fazer um **co-pagamento voluntário** em relação ao custo dos seus serviços, sugerimos que pague uma contribuição mensal de: \$ _____ .

Se preferir não fazer qualquer co-pagamento voluntário, os seus serviços **não** serão afectados.

Por favor, notifique a pessoa encarregada da administração do seu caso se ocorrer qualquer alteração na necessidade de serviços, disposições de alojamento ou rendimento.

Administrador/a do caso: _____

Data: _____

Número de telefone: _____