



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

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

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).

☐ seu co-pagamento mensal por estes serviços será de: \$\_\_\_\_\_.

**Isto não é uma factura. Só receberá a factura depois de lhe terem sido prestados os serviços.**

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:\_\_\_\_\_