



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

Consentimento voluntário Desistência

Cliente:

Ponto de Acesso aos Serviços de Envelhecimento (ASAP):

Sei que o meu _____ será:

[tipo de serviços de assistência domiciliária (home care service)]

☐ **reduzido/mudado** de _____

para _____ em _____ (data).

☐ **terminado** em _____ (data).

Deixarei de receber serviços de assistência domiciliária e deixarei de participar no programa de desistência (waiver).

Sei que me assiste o direito de recorrer das decisões tomadas pelo ASAP. Aceito a decisão exposta acima e não tenciono recorrer da dita decisão.

Assinaturas:

Cliente: _____ Data: _____

Administrador/a do caso: _____ Data: _____