



## Programa de Assistência Domiciliária (HCP) Notificação de Acção

Para: \_\_\_\_\_ De (ASAP): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Prezado/a Sr./Sra. \_\_\_\_\_ :

Serve esta notificação para lhe dar conhecimento de uma alteração nos termos de Serviços de Assistência Domiciliária (Home Care Services) devido às actuais circunstâncias do seu caso.

Os serviços passarão a ser:

- ☐ **reduzidos** de \_\_\_\_\_  
para \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ (data).
- ☐ **terminados** em \_\_\_\_\_ (data). Deixará de receber  
serviços Programa de Assistência Domiciliária (Home Care Program).

Motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A decisão acima baseia-se na Secção \_\_\_\_\_ de Regulamentos do Programa de Assistência Domiciliária (Home Care Program regulations) do Gabinete Executivo para os Assuntos da Terceira Idade (Executive Office of Elder Affairs) que declara: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assiste-lhe o direito de recorrer desta decisão. Se quiser recorrer desta decisão, deverá enviar o Pedido de Revisão, aqui apenso em anexo, para Ponto de Acesso aos Serviços de Envelhecimento (ASAP) endereço indicado acima, dentro de catorze (14) dias do calendário, a contar da altura em que receber esta Notificação de Acção.

Se optar pelo recurso, no decorrer do processo de recurso os seus serviços:

- ☐ serão continuados ao nível actual.
- ☐ serão continuados a um nível reduzido, no montante acima indicado.
- ☐ não serão continuados.

Por favor, contacte comigo pelo telefone \_\_\_\_\_ se a sua situação se modificar ou se tiver quaisquer perguntas a fazer.

Com os melhores cumprimentos,

\_\_\_\_\_  
Administrador/a do caso

Em anexo: Direito de Recurso da Decisão do ASAP  
Pedido de Revisão da Decisão do ASAP