



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

Pedido de Revisão da Decisão dos Serviços do ASAP

Para pedir que seja revista a decisão do ponto de acesso aos serviços de envelhecimento, deverá preencher e devolver este formulário dentro de trinta (30) dias do calendário a contar da altura em que receber a notificação de acção.

Envie pelo correio ou entregue em _____
mão este formulário a: _____

Por favor, preencha todas as secções pertinentes:

1. Nome: _____ Número de telefone: _____
Endereço: _____
Cidade/Vila: _____

2. Discordo da decisão tomada pelo ASAP de alterar os meus serviços. Subscrovo, aqui, o meu pedido de recurso desta decisão.

Assinatura: _____ Data: _____

3. Gostaria de (marcar uma das opções):

- ☐ uma revisão por telefone para o _____ (número de telefone).
☐ uma revisão em pessoa.

4. Gostaria de ser representado/a pela pessoa que aqui deixo indicada:

Nome: _____

Telefone: _____ Relação de parentesco: _____

Endereço: _____ Cidade/Vila: _____

Será notificado/a por escrito sobre a hora, data e local da reunião dentro de sete (7) dias do calendário a contar da altura em que o ASAP tiver recebido este formulário. A reunião de revisão terá lugar dentro de vinte e um dias (21) do calendário a contar da altura em que o ASAP tiver recebido este formulário.

Se tiver quaisquer perguntas a fazer, é favor contactar a pessoa encarregada da Administração do seu caso, pelo telefone: _____