



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

Программа ухода на дому Уведомление о наличии права на участие в программе / Доплата на добровольной основе

Заявитель:

Пункт предоставления услуг для пожилых (ASAP):

Рассмотрев ваше заявление на участие в программе, мы установили, что вы **имеете право** на получение услуг Программы ухода на дому.

Если вы согласны вносить доплату за предоставленные услуги **на добровольной основе**, предлагаемый размер ежемесячного взноса будет составлять _____ долларов.

Если вы решите не осуществлять доплату на добровольной основе, на ваше обслуживание это **не** повлияет.

Просим вас сообщать менеджеру, ведущему ваше дело, обо всех изменениях в потребностях, касающихся услуг, жилищных условиях или доходе.

Менеджер, ведущий дело: _____ Дата: _____

Номер телефона: _____