



## Программа ухода на дому Уведомление об отсутствии права на участие в Программе

Заявитель:

Пункт предоставления услуг для пожилых (ASAP):

---

---

---

---

---

---

Рассмотрев ваше заявление на участие в программе, мы установили, что вы не имеете права на получение услуг Программы ухода на дому по причине (ам):

- ☐ несоответствия требованиям по возрасту
- ☐ несоответствия требованиям по уровню функциональных нарушений
- ☐ несоответствия требованиям по потребностям в уходе
- ☐ несоответствия требованиям по доходу
- ☐ по другой причине (указать): \_\_\_\_\_

---

---

**Вы имеете право обжаловать это решение.**

Менеджер, ведущий дело: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Приложения: Ваши права на апелляцию  
Ходатайство о повторном рассмотрении