



Добровольное согласие Отказ от права

Клиент:

Пункт предоставления услуг для пожилых (ASAP):

Я понимаю, что предоставляемая мне услуга _____ будет:
(вид услуги программы ухода на дому)

☐ **сокращена в объеме/изменена с** _____

до _____ начиная с _____ (дата).

☐ **прекращена** начиная с _____ (дата).

Я больше не буду получать услуги программы ухода на дому, и я больше не буду участвовать в исключительной программе (waiver program).

Я осознаю, что имею право обжаловать решения, принятые Пунктом предоставления услуг для пожилых (ASAP). Я согласен с решением, указанным выше, и не намерен обжаловать это решение.

Подписи:

Клиент: _____ Дата: _____

Менеджер, ведущий дело: _____ Дата: _____