



Программа ухода на дому Уведомление о решении

Кому: _____ От (пункт ASAP): _____

Дата: _____

Уважаемый/ая _____:

Этим письмом мы уведомляем вас об изменениях в вашем обслуживании в рамках Программы ухода на дому в связи с вашей текущей ситуацией.

Ваши услуги будут:

☐ **сокращены** в объеме с _____
до _____ начиная с _____ (дата).

☐ **прекращены** начиная с _____ (дата). Вы больше не будете пользоваться услугами ухода на дому.

Причина: _____

Вышеуказанное решение основано на Разделе _____ Правил
Программы ухода на дому (Home Care Program), реализуемой Исполнительным органом
управления по делам пожилых (EOEA), который гласит: _____

Вы имеете право оспорить это решение. Если вы хотите подать апелляцию, вам
следует послать прилагаемое Ходатайство о повторном рассмотрении в агентство Пункт
предоставления услуг для пожилых (Aging Services Access Point, ASAP) по указанному
выше адресу не позднее четырнадцати (14) календарных дней после получения данного
Уведомления о решении.

Если вы примете решение подать апелляцию, во время процедуры повторного рассмотрения
решения, ваши услуги:

- ☐ будут предоставляться в прежнем объеме.
- ☐ будут предоставляться в ограниченном объеме, указанном выше.
- ☐ будут предоставляться не будут.

Свяжитесь со мной по телефону _____, если ваша ситуация изменится
или если у вас есть какие-либо вопросы.

С уважением,

Менеджер, ведущий дело

Приложения: Ваши права на апелляцию ASAP
Ходатайство о повторном рассмотрении ASAP