



## Программа ухода на дому Уведомление о решении/Отказ от права

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 исключительной программы ухода на дому (waiver program home care services).

Причина: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Вышеуказанное решение основано на Разделе \_\_\_\_\_ Правил Программы ухода на дому (Home Care Program), реализуемой Исполнительным органом управления по делам пожилых (ЕОЕА), 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 в течение тридцати (30) календарных дней после получения данного Уведомления о решении. Во время процедуры рассмотрения апелляции ваши услуги ухода на дому будут предоставляться в прежнем объеме.

Пожалуйста 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