



Programa de Atención Domiciliaria Aviso de Acción

Para: _____ De (ASAP): _____

Fecha: _____

Estimado/a _____ :

Este aviso es para comunicarle un cambio en sus servicios del Programa de Atención Domiciliaria conforme a sus circunstancias actuales.

Sus servicios serán:

- ☐ **reducidos** de _____
a _____ el _____ (fecha).
- ☐ **terminados** el _____ (fecha). Usted dejará de recibir los servicios del Programa de Atención Domiciliaria.

Motivo: _____

Esta decisión se basó en la Sección _____ de los reglamentos del Programa de Atención Domiciliaria, de la Oficina Ejecutiva para Asuntos de Ancianos, la cual dice:

Usted tiene derecho de apelar esta decisión. Si desea apelar, debe enviar la Petición de Revisión adjunta al Punto de Acceso a Servicios para Ancianos a la dirección que aparece arriba dentro de un plazo de (14) días de calendario siguientes al recibo de este Aviso de Acción.

Si usted decide apelar, durante el proceso de apelación sus servicios:

- ☐ seguirán prestándose a su nivel actual.
☐ seguirán prestándose al nivel reducido indicado arriba.
☐ dejarán de prestarse.

Por favor comuníquese al _____ si su situación cambia o si usted tiene preguntas.

Atentamente,

Administrador de caso

Anexos: Sus Derechos de Apelación ASAP
Petición de Revisiones ASA