



Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
Executive Office of Elder Affairs

Chương Trình Chăm Sóc Tại Gia (HCP) Thông báo về tình trạng hội đủ điều kiện/Tự nguyện đóng tiền trả phụ

Đương đơn:

Cơ Quan Aging Services Access Point (ASAP):

Sau khi xem xét đơn xin của quý vị, chúng tôi đã quyết định là quý vị **hội đủ điều kiện** nhận các dịch vụ của Chương Trình Chăm Sóc Tại Gia (Home Care Program).

Nếu quý vị muốn **tự nguyện đóng tiền trả phụ (co-payment)** cho chi phí của các dịch vụ, mà quý vị nhận được, số tiền mà quý vị nên đóng góp hàng tháng là \$ _____.

Nếu quý vị không muốn tự nguyện đóng tiền trả phụ (co-payment), các dịch vụ của quý vị sẽ **không** bị ảnh hưởng.

Xin thông báo cho quản lý viên hồ sơ của quý vị biết, nếu nhu cầu cần dịch vụ, nơi cư ngụ, hoặc lợi tức của quý vị có thay đổi.

Quản Lý Viên Hồ Sơ: _____ Ngày: _____

Số Điện Thoại: _____