



Chương Trình Chăm Sóc Tại Gia (HCP) Thông báo về quyết định

Gửi đến: _____ Từ (ASAP): _____

Ngày: _____

Kính gửi _____:

Chúng tôi viết thư này để thông báo với quý vị về việc thay đổi Các Dịch Vụ Chăm Sóc Tại Gia của quý vị dựa vào hoàn cảnh hiện tại của quý vị.

Các dịch vụ của quý vị sẽ:

☐ **bị giảm từ** _____
thành _____ vào ngày _____ (ngày).

☐ **bị chấm dứt** vào ngày _____ (ngày). Quý vị sẽ không còn được nhận các dịch vụ Chăm Sóc Tại Gia (Home Care Program) nữa.

Lý do: _____

Quyết định nói trên là căn cứ vào quy định của Mục _____ của Các Qui Chế Về Chương Trình Chăm Sóc Tại Gia (Home Care Program regulations) của Văn Phòng Điều Hành Sự Vụ Cho Người Cao Niên (EOEA) trong đó qui định rằng: _____

Quý vị có quyền khiếu nại sự quyết định này. Nếu quý vị muốn khiếu nại quyết định này, quý vị phải gửi Mẫu Đơn Xin Tái Xét đính kèm đến cho Aging Services Access Point (ASAP) tại địa chỉ ở trên trong vòng mười bốn (14) ngày tính theo lịch kể từ ngày nhận được Thông báo về quyết định này.

Nếu quý vị muốn khiếu nại thì trong thời gian khiếu nại:

- ☐ quý vị sẽ được tiếp tục nhận các dịch vụ theo mức độ hiện tại.
- ☐ quý vị sẽ được tiếp tục nhận các dịch vụ theo mức độ được giảm bớt như được ghi ở trên.
- ☐ quý vị sẽ không tiếp tục được nhận các dịch vụ.

Xin gọi cho tôi tại _____ nếu hoàn cảnh của quý vị thay đổi, hoặc nếu quý vị có thắc mắc.

Trân Trọng,

Quản lý viên hồ sơ

Tài liệu đính kèm: Các Quyền Khiếu Nại Của Quý Vị từ ASAP
Mẫu Đơn Xin Tái Xét từ ASAP