Aviso de acción: cambio en los servicios de MSSP

Nombre:_____ Fecha: _____

Dirección:_____

Identificación de MSSP: _____

Estimado/a: _____
Esta carta le proporciona información sobre un cambio en los servicios que ha estado recibiendo del Programa de Servicios Múltiples para Personas Mayores (MSSP). Este aviso se exige conforme al Título 22, División 3, Sección 50951 del Código de Reglamentos de California.

A partir de _____ el/la _____ será

_____.

Esta medida se toma porque**:**

A. ☐ Usted ya no necesita este servicio para evitar ser ingresado en un centro de cuidado médico continuo.

B. ☐ Este servicio ya no es rentable.

_____

C. ☐ Se ha encontrado otro recurso que presta este servicio.

_____

D. ☐ Otro:

_____

Llámeme para obtener más información si tiene alguna pregunta sobre este Aviso de acción. Si no puedo resolver alguna inquietud que tenga, puede comunicarse con mi supervisor, _____ en _____ Si no está de acuerdo con esta acción, usted o su representante autorizado pueden solicitar una Audiencia Administrativa dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de este aviso. Se adjuntan las instrucciones para solicitar una audiencia.

Atentamente,

_____
Administrador de casos