

Notificación de Acción – Cambio en los Servicios MSSP

(Notice of Action – Change in MSSP Services)

Estimado: _____

El motivo de esta carta es hacerle saber acerca de un cambio en los servicios que Ud. ha estado recibiendo del Programa de Diversos Servicios para Personas de Edad Avanzada (*Multipurpose Senior Services Program - MSSP*). Es un requisito del Capítulo 22, División 3, Artículo 50951, del Código Administrativo de California.

A partir de **(fecha)** _____ el **(nombre del servicio)** _____ será **(interrumpido o reducido)** _____.

Esta acción se lleva a cabo debido a que **(seleccione una de las opciones abajo e inserte aquí según corresponda):**

- A. Ya no necesita este servicio para permanecer fuera de un centro de convalecencia.
- B. Este servicios ya no es costo-eficiente. (Explicar)
- C. Se encontró otro recurso para proveer este servicio. (Explicar)
- D. Otras: (Explicar)

Por favor, llámeme para obtener más información si tiene preguntas acerca de esta Notificación de acción. Si yo no puedo resolver cualquier preguntas que pueda tener, puede Ud. contactar a mi supervisor, _____ **(nombre del supervisor)** al _____ **(número de teléfono del supervisor)**. Si no está de acuerdo con esta acción, Ud. o su representante autorizado puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de esta notificación. Se adjuntan las instrucciones para solicitar una Audiencia.

Atentamente,

Administrador de Cuidado de la Salud _____