行动通知 – MSSP 服务变更

姓名：_____ 日期: _____

地址：_____

MSSP ID：_____

尊敬的：_____
本函通知您，您目前接受的多用途老年人服务计划（MSSP）服务将发生变更。本函依据《加州行政法规》第 22 篇第 3 部分第 50951 节的规定发出。

自 _____起，_____
将会 _____。

采取此项行动的原因是：

A. ☐您已不再需要此项服务即可继续避免入住护理设施。

B. ☐此项服务已不再具有成本效益。

_____

C. ☐已找到其他资源提供此项服务。

_____

D. ☐其他：

_____

如果您对本《行动通知》有任何疑问，或希望了解更多信息，请致电与我联系。如果我无法解决您的疑虑，您可以联系我的主管 _____，电话号码：_____。如果您不同意此决定，您或您的授权代表可以自本通知之日起九十（90）日内申请州公平听证。关于申请听证会的说明附后。

谨致，

_____
照护经理