Уведомление о принятом решении — изменение услуг MSSP

Имя:_____ Дата: _____

Адрес: _____

Идентификатор MSSP: _____

Уважаемый (-ая)_____
В данном письме содержится информация об изменении услуг, которые вы получаете в рамках Многоцелевой программы обслуживания пожилых (MSSP). Это требуется в соответствии с параграфом 50951 части 3 раздела 22 Административного кодекса штата Калифорния.

Начиная с _____ _____

будет _____.

Данное решение было принято по следующим причинам**:**

A. ☐ Вам больше не требуется эта услуга, чтобы избежать помещения в медицинское учреждение для пожилых и лиц с инвалидностью, требующих специального ухода.

B. ☐ Эта услуга больше не является рентабельной.

_____

C. ☐ Был найден другой ресурс, предоставляющий эту услугу.

_____

D. ☐ Прочее:

_____

Пожалуйста, позвоните мне для получения дополнительной информации, если у вас возникнут какие-либо вопросы по данному уведомлению о принятом решении. Если мне не удастся разрешить возникшие у вас вопросы, вы можете обратиться к моему супервайзеру, _____ по телефону _____ Если вы не согласны с данным решением, вы или ваш уполномоченный представитель можете запросить беспристрастное слушание на уровне штата в течение девяноста (90) дней с даты настоящего уведомления. Инструкции о том, как запросить слушание, прилагаются.

С уважением,

_____

Социальный работник