조치 통지서 – MSSP 서비스 변경

성명: _____ 날짜:_____

주소: _____

MSSP ID:_____

수신: _____
이 서신은 귀하가 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)을 통해 제공받고 있는 서비스의 변경 사항을 안내해 드리기 위한 것입니다. 이는 캘리포니아 행정법 제22편, 제3부, 제50951절에 따라 제공되는 것입니다.

_____부터 _____은(는)

_____됩니다.

이 조치는 다음과 같은 사유로 이루어집니다.

A. □귀하는 더 이상 요양시설에 입소하지 않고 지역사회에서 생활하기 때문에 이 서비스가 필요하지 않습니다.

B. □ 이 서비스는 더 이상 비용 효율적이지 않습니다.

_____

C. □ 이 서비스를 제공하는 또 다른 자원이 확인되었습니다.

_____

D. □ 기타:

_____

이 조치 통지서에 대해 궁금한 사항이 있으시면 자세한 안내를 위해 저에게 전화해 주십시오. 귀하의 우려 사항을 제가 해결해 드리지 못하는 경우에는, 제 상급자 _____에게 _____번으로 연락하실 수 있습니다. 이 조치에 동의하지 않으시는 경우에는 귀하 또는 위임 대리인은 이 통지서의 날짜로부터 90일 이내에 주정부 공정 심리를 요청하실 수 있습니다. 심리 요청 방법에 관한 안내문을 첨부하였습니다.

감사합니다.

_____
사례관리자