MSSP اطلاعیه اقدام - تغییر در خدمات

نام _____ تاریخ: _____

آدرس: _____

شناسه MSSP: _____

جناب آقا/سرکار خانم: _____
این نامه، اطلاعاتی در مورد تغییر در خدماتی که از برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP) دریافت می‌کردید، در اختیار شما قرار می‌دهد. این الزام بر اساس عنوان 22، قانون اداری کالیفرنیا، بخش 3، مادۀ 50951 مقرر شده است.

با قابلیت اجرا از تاریخ _____ این _____

_____ خواهد شد.

این اقدام به این دلیل انجام می‌شود که **:**

A. ☐ شما دیگر برای ماندن در بیرون از یک مرکز سالمندان به این خدمات نیاز ندارید.

B. ☐ این خدمات دیگر مقرون به صرفه نیست.

_____

C. ☐ منبع دیگری برای ارائه این خدمات پیدا شده است.

_____

D. ☐ سایر موارد:

_____

اگر در مورد این اطلاعیه اقدام سوالی دارید، لطفاً برای اطلاعات بیشتر با من تماس بگیرید. اگر نتوانستم نگرانی‌های شما را برطرف کنم، می‌توانید با سرپرست من، _____
به شماره یا ایمیل _____ **تماس بگیرید** اگر با این اقدام مخالف هستید، شما یا نماینده مجاز شما می‌توانید ظرف نود (90) روز از تاریخ این اطلاعیه، درخواست جلسه رسیدگی عادلانه ایالتی را ارائه دهید. دستورالعمل درخواست جلسه رسیدگی پیوست شده است.

با احترام

_____
مدیر مراقبت