

**ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԾՐԱԳԻՐ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ՄԱՏՈՒՑՈՂԻ
ԱՆՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ
(ՀԱՅՑԵԱՏԵՐ)**

ԿԱՐՉԱՇՐՋԱՆ՝

Ծանուցման ամսաթիվ՝ _____

Մատուցողի անուն՝ _____

IHSS գրասենյակի հասցե՝ _____

IHSS գրասենյակի հեռախոսահամար՝ _____

Ում՝ Տնային Աջակցման Ծառայությունների (IHSS) Մատուցման Դիմորդին

Ելնելով ձեր կողմից Մատուցողի Հավաքագրման Ձևում (SOC 426) տրամադրված տեղեկություններից, դուք չեք կարող հավաքագրվել որպես IHSS մատուցող կամ վճարումներ ստանալ IHSS ծրագրից ծառայություններ մատուցելու դիմաց: Պատճառը հետևյալն է՝

- Medicare, Medicaid կամ Medi-Cal ծրագրերի շրջանակներում ձեր կողմից ծառայությունների մատուցումը կասեցվել է և այլևս չի վերականգնվել: Ցանկացած մատուցող, որի գործունեությունը կասեցվել է Medicare, Medicaid կամ Medi-Cal ծրագրերի շրջանակներում և այլևս չի վերականգնվել, չի կարող հավաքագրվել որպես մատուցող կամ վճարումներ ստանալ աջակցման ծառայություններ մատուցելու դիմաց:
- Լիցենզավորման մարմինը կիրառել է կարգապահական միջոցներ ընդդեմ ձեր մասնագիտական գործունեության իրականացման արտոնագրի, սերտիֆիկատի կամ առողջապահական ծառայություններ մատուցելու որևէ այլ թույլտվության: Մենք ուսումնասիրել ենք արտոնագրող մարմնի որոշման(ումների) դրույթներն ու պայմանները և գտել, որ այդ դրույթներն ու պայմանները արգելում են ձեզ աջակցման ծառայություններ մատուցել:

Նկատի ունենալով, որ դուք իրավունք չունեք հանդիսանալ IHSS մատուցող, մենք սույն տեղեկությունները կուղարկենք Կալիֆորնիայի Առողջապահության Դեպարտամենտ (CDHCS) և կպահանջենք, որ ձեր անունը ներառվի Medi-Cal Կասեցված և Չհամապատասխանող Մատուցողների ցանկում: Երբ ձեր անունը ավելանա ցանկում, դուք կստանաք նամակ CDHCS-ից:

Եթե դուք համաձայն չեք սույն որոշման հետ, ապա այս էջի հակառակ կողմում դուք կարող եք գտնել բացատրություններ այն բողոքարկելու կարգի մասին: Դուք պետք է ներկայացնեք ձեր բողոքարկման հայցը սույն գրության ամսաթվից հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Եթե ունեք որևէ հարցեր այս նամակի վերաբերյալ, զանգահարել հետևյալ հեռախոսահամարով _____