

郡名

行動通知

家庭護理服務 (IHSS)

終止通知

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN
SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT
OF SOCIAL SERVICES

(ADDRESSEE)

[]

註：本通知僅與您的家庭護理服務 (IHSS) 相關，並不影響您接受 SSI/SSP、社會保障或加州醫療補助 (Medi-Cal)。請將本通知與您的重要文件存放在一起。

通知日期：

案例名稱：

案例編號：

社工姓名：

社工編號：

社工電話：

社工地址：

您的家庭護理服務 (IHSS) 資格將自_____終止。原因如下：

行動通知：家庭護理服務 (IHSS)

郡名

規則：適用的「政策與程序手冊」(MPP) 部分顯示於上方並且可在您當地的家庭護理服務 (IHSS) 辦公室檢視。

有問題？請聯絡您的家庭護理服務 (IHSS) 社工。

州聽證：如果您認為此行動是錯誤的，可以要求聽證。本通知包含的「州聽證權」插頁介紹了聽證方法。
