

郡名

行動通知

家庭護理服務(IHSS)

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：

您必須立即將可能影響您的家庭護理服務 (IHSS) 資格或需求的任何變化告知所在的郡，包括任何收入、資產、居住安排、醫療狀況或工作能力的變化。如果您存有任何疑問或者認為應考慮更多因素，請致電您的社工。

**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。