



Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
Executive Office of Elder Affairs

家庭護理計劃 (Home Care Program) 資格審核通知／協同付款

申請人：

年長者服務部 (ASAP)：

根據對您的申請的審核，我們已經決定您**有資格**接受家庭護理計劃服務。

您接受此類服務的月協同付款額將為：\$_____。

本通知並非賬單。在向您提供服務後，您會收到賬單。

如果您的服務需求、生活安排或收入發生任何變化，請通知您的個案經理。

個案經理：_____

日期：_____

電話號碼：_____