



## Programa de Assistência Domiciliária (HCP) Notificação de Acção/Desistência

Para: \_\_\_\_\_ De (ASAP): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Prezado/a Sr./Sra. \_\_\_\_\_ :

Serve esta notificação para lhe dar conhecimento de uma alteração nos termos de Serviços de Assistência Domiciliária (Home Care Program) devido às actuais circunstâncias do seu caso.

Os serviços passarão a ser:

☐ **reduzidos** de \_\_\_\_\_  
para \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ (data).

☐ **terminados** em \_\_\_\_\_ (data). Deixará de receber  
programa de desistência serviços de assistência domiciliária.

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A decisão acima baseia-se na Secção \_\_\_\_\_ de Regulamentos do Programa de Assistência Domiciliária do Gabinete Executivo para os Assuntos da Terceira Idade que declara: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assiste-lhe o direito de recorrer desta decisão. Se quiser recorrer desta decisão, deverá enviar o Pedido de Revisão, aqui apenso em anexo, para Ponto de Acesso aos Serviços de Envelhecimento (ASAP) endereço indicado acima, dentro de trinta (30) dias do calendário, a contar da altura em que receber esta Notificação de Acção. No decorrer do processo de recurso, os seus serviços serão continuados ao nível actual.

Por favor, contacte comigo pelo telefone \_\_\_\_\_ se a sua situação se modificar ou se tiver quaisquer perguntas a fazer.

Com os melhores cumprimentos,

\_\_\_\_\_  
Administrador/a do caso

Em anexo: Direito de Recurso da Decisão do ASAP  
Pedido de Revisão da Decisão do ASAP