



កម្មវិធីថែរក្សាតាមផ្ទះ (HCP) សេចក្តីជូនដំណឹងពីការសម្រេច/ការលើកលែង

ជូន : _____ ពី (ASAP): _____

ខែថ្ងៃឆ្នាំ : _____

ជូនចំពោះ : _____ :

យើងសរសេរសំបុត្រមកជំរាបអ្នក ពីការផ្លាស់ប្តូរក្នុងការបំពេញថែរក្សាតាមផ្ទះ (Home Care Program services) ដោយសំអាងលើកាលៈទេសៈ
បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។

ការបំរើរបស់អ្នកនឹង :

☐ បានបន្ថយ ពី _____
ទៅជា _____ នៅ _____ (ខែថ្ងៃឆ្នាំ)។

☐ បានបញ្ចប់ នៅ _____ (ខែថ្ងៃឆ្នាំ)។ អ្នកនឹងលែងទទួលបានការបំពេញថែរក្សាតាម
ផ្ទះឡើងវិញ។

មូលហេតុ : _____

ការសម្រេចនៅខាងលើនេះបានសំអាងលើផ្នែក _____ នៃបញ្ញត្តិកម្មវិធីថែរក្សាតាមផ្ទះ

នៃការិយាល័យប្រតិបត្តិការ កិច្ចការ ចាស់ទុំ (Executive Office of Elder Affairs) ដែលថ្លែងថា : _____

អ្នកមានសិទ្ធិតវ៉ាការសម្រេចនេះបាន ។ បើអ្នកប្រាថ្នាចង់តវ៉ាការសម្រេចនេះ អ្នកត្រូវតែធ្វើសំណើសុំរាប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញ ដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយ
ទៅ លទ្ធភាពទទួលបានចំណុចការបំរើជំនួយ (Aging Services Access Point) តាមអាសយដ្ឋាននៅខាងលើ ក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃនៃ
ប្រក្រតីទិន ចាប់តាំងពីថ្ងៃបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងពីការសម្រេច (Notice of Action) នេះ ។ នៅក្នុងកំឡុងពេលវិនិច្ឆ័យនេះ នោះការបំរើរបស់អ្នកនឹង
មានជាបន្តទៀត នៅថ្នាក់បច្ចុប្បន្ននេះរបស់គេ ។

បើសិនជាស្ថានភាពរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ ឬបើអ្នកមានសំណួរអ្វី សូមទូរស័ព្ទមកខ្ញុំតាមលេខ _____។

ដោយនូវភ័ក្ត្រភាព

អ្នកចាត់ចែងសំណុំរឿង

សេចក្តីភ្ជាប់ : សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីតវ៉ា ASAP
សំណើសុំរាប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញ ASAP

HCP-8/Waiver (CAM) (Rev. 03/05)