



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

Programa de Atención Domiciliaria Aviso de Elegibilidad/Co-pago Voluntario

Solicitante:

Punto de Acceso a Servicios
para Ancianos (ASAP):

Después de revisar su solicitud, hemos determinado que usted es **elegible** para recibir servicios del Programa de Atención Domiciliaria.

Si usted desea hacer un **co-pago voluntario** para el costo de sus servicios, la donación mensual sugerida es \$ _____.

Si usted decide no hacer un co-pago voluntario, ello **no** afectará sus servicios.

Por favor comunique a su administrador de caso cualquier cambio en cuanto a su necesidad de servicios, vivienda o ingresos.

Administrador de caso: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____