



Programa de Atención Domiciliaria Aviso de Acción/Consentimiento Voluntario

Para: _____ De (ASAP): _____

Fecha: _____

Estimado/a _____:

Este aviso es para comunicarle un cambio en sus servicios del Programa de Atención Domiciliaria conforme a sus circunstancias actuales.

Sus servicios serán:

☐ **reducidos** de _____
a _____ el _____ (fecha).

☐ **terminados** el _____ (fecha). Usted dejará de recibir los servicios de atención domiciliaria bajo el programa de exclusión (waiver program).

Motivo: _____

Esta decisión se basó en la Sección _____ de los reglamentos del Programa de Atención Domiciliaria, de la Oficina Ejecutiva para Asuntos de Ancianos, la cual dice:

Usted tiene derecho de apelar esta decisión. Si desea apelar, debe enviar la Petición de Revisión adjunta al Punto de Acceso a Servicios para Ancianos a la dirección que aparece arriba dentro de un plazo de treinta (30) días de calendario siguientes al recibo de este Aviso de Acción. Durante el proceso de apelación sus servicios continuarán a su nivel actual.

Por favor comuníquese al _____ si su situación cambia o si usted tiene preguntas.

Atentamente,

Administrador de caso

Anexos: Sus Derechos de Apelación ASAP
Petición de Revisión ASAP