



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

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

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.

Su co-pago mensual por concepto de estos servicios será: \$ \_\_\_\_\_ .

**Esta no es una factura. Usted recibirá una factura después de que haya recibido los servicios.**

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

Administrador de caso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_