



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

Tự Nguyện Chấp Thuận Chương trình miễn trừ

Thân chủ:

Cơ Quan Aging Services Access Point (ASAP):

Tôi hiểu rằng _____ của tôi sẽ:
(loại dịch vụ chăm sóc tại gia)

☐ **bị giảm bớt/thay đổi** từ _____
thành _____ vào ngày _____ (ngày).

☐ **bị chấm dứt** vào ngày _____
thành _____ vào ngày _____ (ngày).

Tôi sẽ không còn được nhận dịch vụ chăm sóc tại gia nữa và tôi sẽ không còn tham gia trong chương trình miễn trừ nữa.

Tôi biết rằng tôi có quyền khiếu nại các quyết định của cơ quan ASAP. Tôi đồng ý với quyết định nói trên và tôi không muốn khiếu nại quyết định này.

Các chữ ký:

Thân Chủ: _____ Ngày: _____

Quản Lý Viên Hồ Sơ: _____ Ngày: _____