

停止参与
家庭护理 I 和 II 豁免计划的决定通知书
(仅限纽约市)

通知日期：	生效日期：	机构/中心或地区办公室的名称及地址		
个案编号	CIN/RID 号码			
个案名称 (及转交人姓名, 如有) 和地址				
		用于咨询问题或寻求帮助的通用 电话号码 _____ ----- 或者 机构调解会 _____ 公平听证会信息 _____ 和援助 _____ 记录查询 _____ 法律援助信息 _____		
办公室编号	部门编号	工作人员编号	部门名称或工作人员姓名	电话号码

出于下面列出的原因，您参加 NYS DOH Medicaid 家庭护理 I 或 II (圈选一个) 豁免计划的资格将被停止，生效日期 _____。

我们准备采取此行动的原因是：

我们做出此决定所依据的法律和/或法规为纽约州《社会服务法》的第 366(6) 条。

法规要求您当您的需求、资源、居住方式或地址发生任何
变更时应立即告知本部门。

您有权对上述决定提出上诉
请确保阅读本通知书背面提供的对本决定提出上诉的方法