

**NOTIFICA DELLA DECISIONE RELATIVA ALLA SOSPENSIONE DELLA PARTECIPAZIONE
AL PROGRAMMA IN DEROGA DI ASSISTENZA DOMICILIARE I E II
(SOLO PER NYC)**

DATA DI NOTIFICA:		DECORRENZA:		NOME E INDIRIZZO DELL'AGENZIA/CENTRO O UFFICIO DISTRETTUALE	
NUMERO DI PRATICA		NUMERO CIN/RID			
NOME PRATICA (e generalità di chi offre domicilio, se presente) E INDIRIZZO					
				N. TELEFONO GENERALE PER DOMANDE O ASSISTENZA _____	
				<input type="radio"/> Incontro con agenzia _____ Informazioni e assistenza per udienza imparziale _____ Accesso agli atti _____ Informazioni sull'assistenza legale _____	
N. UFFICIO	N. UNITÀ	N. OPERATORE	NOME UNITÀ O OPERATORE	N. TELEFONO	

- La sua iscrizione al programma in deroga di assistenza domiciliare Medicaid I o II (cerchiare una voce) del Dipartimento della salute dello Stato di New York verrà sospesa a decorrere dal _____ per i motivi indicati di seguito.

Abbiamo preso questa decisione perché:

Le leggi e/o le norme che ci conferiscono questo potere sono indicate nell'articolo 366(6) della Legge sui servizi sociali dello Stato di New York.

*LE NORME STABILISCONO CHE VENGANO COMUNICATE IMMEDIATAMENTE A QUESTO DIPARTIMENTO
EVENTUALI VARIAZIONI DI ESIGENZE, RISORSE, SISTEMAZIONE ABITATIVA O INDIRIZZO.*

**HA IL DIRITTO DI IMPUGNARE QUESTA DECISIONE
SI ASSICURI DI LEGGERE IL RETRO DI QUESTA NOTIFICA PER INFORMAZIONI SU COME IMPUGNARE QUESTA
DECISIONE**