

**CAH I 및 II 면제 프로그램
탈퇴 결정에 대한 통지
(NYC 전용)**

통지 날짜:		발효 날짜:		기관/센터 또는 지역 사무실 이름 및 주소	
케이스 번호			CIN/RID 번호		
케이스 이름(C/O 이름 존재 시 함께 기재) 및 주소					
				문의 사항이 있거나 도움 필요 시	
				일반 전화번호 _____	

				또 는	
				기관 컨퍼런스 _____	
				공정심리 정보 및 지원 _____	
				기록 열람 _____	
				법률 지원 정보 _____	
사무실 번호	부서 번호	복지사 번호	부서 또는 복지사 이름		전화번호

- CAH I 또는 II(하나만 동그라미 표시) 면제 프로그램에 대한 귀하의 NYS DOH Medicaid 치료는 다음과 같은 사유로 인해 _____ 부로 중단됩니다.

당국은 다음과 같은 사유로 이러한 조치를 취할 것입니다.

당 기관의 조치를 가능하게 하는 법률 및/또는 규정은 뉴욕주 사회 복지 서비스법 366(6)항입니다.

*규정에 따라 필요 사항, 재산, 거주 형태 또는 주소에 변경이 있을 경우
당국에 즉시 알려야 합니다*

**귀하는 본 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.
본 결정에 대한 이의 제기 방법은 본 통지서의 뒷면을 참조해 주십시오.**