

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРЕКРАЩЕНИИ УЧАСТИЯ В
АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЕ ПО УХОДУ НА ДОМУ I И II
(ТОЛЬКО ДЛЯ Г. НЬЮ-ЙОРКА)**

ДАТА УВЕДОМЛЕНИЯ:		ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:		НАЗВАНИЕ И АДРЕС УЧРЕЖДЕНИЯ/ЦЕНТРА ИЛИ РАЙОННОГО ОФИСА	
НОМЕР ДЕЛА		НОМЕР CIN/RID			
ИМЯ И АДРЕС КЛИЕНТА (и имя адресата, если есть)					
				ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ОБРАЩЕНИЙ С ВОПРОСАМИ ИЛИ ЗА ПОМОЩЬЮ -----	
				ИЛИ за собеседованием в _____ учреждении	
				за информацией об объективном _____ разбирательстве и помощью	
				за доступом к материалам _____	
				за информацией о юридической помощи _____	
ОФИС №	ОТДЕЛЕНИЕ №	СОТРУДНИК №	НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ИЛИ ИМЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	

Ваше участие в Альтернативной программе по уходу на дому I или II (нужное обвести), реализуемой Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк в рамках Medicaid будет прекращено с _____ по причинам, указанным ниже.

Мы намерены принять данное решение, поскольку:

Данное решение принимается на основании следующих законов и/или нормативных положений: раздела 366(6) Закона о социальных службах штата Нью-Йорк.

**ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ДАННОГО ДЕПАРТАМЕНТА
ОБО ВСЕХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОТРЕБНОСТЕЙ, РЕСУРСОВ, ЖИЛИЩНЫХ УСЛОВИЙ ИЛИ АДРЕСА**

**ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНФОРМАЦИЕЙ НА ОБОРОТНОЙ СТОРОНЕ НАСТОЯЩЕГО УВЕДОМЛЕНИЯ, ЧТОБЫ
УЗНАТЬ, КАК ОБЖАЛОВАТЬ ЭТО РЕШЕНИЕ**