

제외된 조치의 통지

DS 1803 (Rev. 7/09)

날짜

서비스 신청자/ 수혜자의 성명

Medicaid Home and Community Based Service Waiver 프로그램의 참가자 입니까?
(하나를 표시하십시오) 예 아니오

주소

전화 번호

위임된 대리인의 이름

주소

전화 번호

지역 센터 또는 주 개발 센터의 이름

_____ 는 이에 귀하의 서비스에 영향을 미칠 수도 있는 다음의

(지역 센터 또는 주 개발 센터)

조치를 취하도록 제외하는 것을 알려드립니다.

제외된 조치:

조치의 이유:

유효 날짜:

조치에 대한 권한 (법, 규정, 그리고 /또는 그 조치를 지지하는 정책)

항소의 권리

- 귀하의 개발 서비스 국에 동봉한 공정 심리 요청 양식으로 항소를 신청할 수 있습니다. 필요하시다면 지역 센터 또는 주 개발 센터가 이 양식을 작성 하는데 도움을 줄 것입니다. 작성된 공정 심리 요청서 양식을 다음의 주소로 제출 하십시오.

- 귀하의 항소를 위한 후원 도움을 아래 기관으로 부터 얻을 수 있습니다.
 - ➔ 지역 의뢰인의 권리 후원회:

 - ➔ 지역 위원회:

 - ➔ Disability Rights California:

 - ➔ 그 외:

- 만일 귀하의 공정 심리 요청서가 지역 개발 센터 또는 주 개발 센터에 의해 어느 것이 먼저든 간에 이 통지를 수령한 날로 부터 10일 이내에 수령되거나 또는 소인이 찍혔을 경우 귀하의 서비스는 항소 절차 동안 지속될 것입니다.
- “3세 이상의 소비자를 위한 공정 심리 절차”라고 제목이 붙은 동봉한 책자가 귀하의 항소 권리를 자세히 밝히고 공정 심리 절차에 관한 정보를 제공 합니다.