

「 「

L 」

「 「

L 」

僅供縣使用：

通知日期： \_\_\_\_\_

案件編號： \_\_\_\_\_

員工姓名： \_\_\_\_\_

員工身份證號碼： \_\_\_\_\_

員工電話號碼： \_\_\_\_\_

辦公時間： \_\_\_\_\_

辦公地址： \_\_\_\_\_

### 取消或更改 Medi-Cal 授權代表之指定

本通知意在告知您，  
取消或更改。

的 Medi-Cal 案件授權代表指定已于

以下為關於

的約會 更改的更多資訊：

授權代表申請取消。

申請人或受益人申請取消

申請人或受益人要求更改授權代表以下責任：

---

---

---

如有疑問，請致電本通知頂部所示號碼。