State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

Para sa Paggamit ng County Lang:
Petsa ng Abiso: _____
Numero ng Kaso: _____
Pangalan ng Manggagawa: _____
Numero ng ID
ng Manggagawa: _____
Numero ng Telepono
ng Manggagawa: _____
Mga Oras na Bukas
ang Tanggapan: _____
Address ng Tanggapan: _____

Kanselasyon o Pagbabago sa Pagtatalaga ng Awtorisadong Kinatawan para sa Medi-Cal

Ipinagbibigay-alam sa iyo ng abisong ito na kinansela o binago ang pagtatalaga ng awtorisadong kinatawan para sa kaso ni/ng sa Medi-Cal simula noong

Narito ang higit pang impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa pagkakatalaga kay :

Humiling ng kanselasyon ang awtorisadong kinatawan.

Humiling ng kanselasyon ang aplikante o benepisyaryo.

Hiniling ng aplikante o benepisyaryo ang mga pagbabagong ito sa mga tungkulin ng awtorisadong kinatawan:

Kung mayroon kang mga katanungan, pakitawagan ang numerong nakalista sa itaas ng abisong ito.