

Г Г

L J

Г Г

L J

Лише для використання округом:
Дата повідомлення: _____
Номер справи: _____
Ім'я працівника: _____
Ід. номер працівника: _____
Номер телефону працівника: _____
Робочі години: _____
Адреса офісу: _____

Скасування або зміни в призначенні уповноваженого представника в програмі Medi-Cal

Це повідомлення призначене для того, щоб інформувати вас про скасування або внесення змін у призначення уповноваженого представника у справі _____ в програмі Medi-Cal, починаючи з _____

Далі наведено додаткову інформацію щодо змін, які внесено в призначення

- Уповноважений представник звернувся з проханням скасувати призначення.
- Заявник або бенефіціар звернулися з проханням скасувати призначення
- Заявник або бенефіціар звернулися з проханням внести наступні зміни в обов'язки уповноваженого представника:

Якщо ви маєте питання, будь ласка телефонуйте за номером, наведеним вгорі цього повідомлення.