ՏՆԱՅԻՆ ԱՋԱԿՑՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ՄԱՏՈՒՑՄԱՆ ԻՐԱՎԱՁՈՐՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

(ՀԱՍՑԵԱՏԵՐ)

Ծանուցման ամսաթիվ՝ _____

Մատուցողի անուն՝ _____

IHSS գրասենյակի հասցե՝ _____

IHSS գրասենյակի հեռախոսահամար՝ _____

Ում՝ Տնային Աջակցման Ծառայությունների (IHSS) Մատուցման Դիմորդին

Այս ծանուցման ամսաթվից սկսած դուք պաշտոնապես ընտրվել եք որպես IHSS մատուցող: Դուք այժմ կարող եք սկսել ծառայություններ մատուցել IHSS ստացողին(ներին) և ստանալ վճարում IHSS ծրագրից ծառայությունների մատուցման դիմաց:

Հարցեր ունենալու դեպքում զանգահարեք հետևյալ հեռախոսահամարով_____ :