ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՒՄ ՀԱՅՑԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ՝

- Դուք պետք է բողոքարկում հայցեք 60 օրվա ընթացքում՝ այն օրվանից, երբ վարչաշրջանը տեղեկացրել է ձեզ այն մասին, որ դուք իրավունք չունեք IHSS ծառայությունների մատուցող հանդիսանալ:
- Լրացրեք և ստորագրեք այս էջը:
- Պատճենեք և պահպանեք այս էջի առջևի և ետևի կողմերը:
- Ուղարկեք այս էջը հետևյալ հասցեով՝

California Department of Social Services
Adult Programs Branch
IHSS Provider Enrollment Appeals Unit, MS 19-04
PO Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430

- Հարցեր առաջանալու դեպքում զանգահարեք (916) 556-1156 համարով:

ԲՈՂՈՔԱՐԿՄԱՆ ՀԱՅՑ

Ես ցանկանում են բողոքարկել Տնային Աջակցման Ծառայությունների մատուցող հանդիսանալու իմ անիրավազորության մասին _____ Վարչաշրջանի որոշումը: Ես կարծում եմ, որ Վարչաշրջանի որոշումը ճիշտ չէ: Պատճառը հետևյալն է՝

☐ Եթե ձեզ հարկավոր է էլ ավելի տարածք, նշեք ձախ կողմում գտնվող վանդակը և կցեք նոր էջ:

ԱՆՈՒՆ՝

ՀԱՍՑԵ՝

ՔԱՂԱՔ՝	ՀԵՌԱԽՈՍԻ ՀԱՄԱՐ՝	ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝
ՆԱՀԱՆԳ՝	ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԿՈԴ՝	
ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ՝	ԱՄՍԱԹԻՎ՝	