

郡名

行動通知  
家庭護理服務 (IHSS)  
核准通知

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN  
SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT  
OF SOCIAL SERVICES

(ADDRESSEE)

[ ]

註：本通知僅與您的家庭護理服務 (IHSS) 相關，並不影響您接受 SSI/SSP、社會保障或加州醫藥補助(Medi-Cal)。請將本通知與您的重要文存件放在一起。

通知日期：  
案件名稱：  
案件編號：  
社工姓名：  
社工編號：  
社工電話：  
社工地址：

根據您提供給郡政府的資訊以及州法規，您的家庭護理服務 (IHSS) 申請被拒絕。原因如下：

# 行動通知：家庭護理服務 (IHSS)

郡名

---

**規則：**適用的「政策與程序手冊」(MPP) 部分顯示於上方並且可在您當地的家庭護理服務 (IHSS) 辦公室檢視。

**有問題？**請聯絡您的家庭護理服務 (IHSS) 社工。

**州聽證：**如果您認為此行動是錯誤的，可以要求聽證。本通知包含的「州聽證權」插頁介紹了聽證方法。

---