

家庭護理服務計畫提供者註冊表內容不完整通知

縣名

(收件人)

[Empty rectangular box for recipient information]

通知日期：\_\_\_\_\_

提供者姓名：\_\_\_\_\_

IHSS 辦事處地址：\_\_\_\_\_

IHSS 辦事處電話號碼：\_\_\_\_\_

收件人：家庭護理服務 (IHSS) 提供者申請人

縣當局審核了您提交的提供者註冊表 (SOC 426)，發現您提供的資訊不完整。我們無法確定您是否符合註冊為 IHSS 提供者的條件，因為您沒有完整地提供所需的資訊。您必須在收到本函的 15 個工作日內提交所有下列資訊。

- 對 SOC 426 上項目號\_\_\_\_\_的答復
- 恢復擔任 Medicare、Medicaid 和/或 Medi-Cal 計畫提供者的通知書副本
- 許可證發放機關提供的證明您的職業特權已恢復的書面確認函副本
- 許可證發放機關有關所採取的紀律處分的決定（包括條款和條件）副本
- 其他：\_\_\_\_\_

如果您未在 15 個工作日內提供所要求的全部資訊，您將無法獲得註冊為 IHSS 提供者的資格，也無法獲得 IHSS 計畫為您支付的服務酬勞。

如果您對本函有任何疑問，請致電\_\_\_\_\_。