家庭護理服務計畫至接受者的提供者獲得資格通知 縣名

（收件人）

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) 接受者

從收到本通知之日起，_____已正式註冊爲提供者。
他/她現在可以開始爲您提供服務。

如果您有任何疑問，請致電_____。