

**ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԾՐԱԳԻՐ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ՄԱՏՈՒՑՈՂԻ ՀԱՎԱՔԱԳՐՄԱՆ
ՈՂ ԱՄԲՈՂԱԿԱՆ ՁևԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ**

ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

(ՀԱՍՑԵԱՏԵՐ)

Ծանուցման ամսաթիվ՝ _____

Մատուցողի անուն՝ _____

IHSS գրասենյակի հասցե՝ _____

IHSS գրասենյակի հեռախոսահամար՝ _____

Ում՝ **Տնային Աջակցման Ծառայությունների (IHSS) Մատուցման Դիմորդին**

Վարչաշրջանի ադմինիստրացիան զննեց ձեր կողմից ներկայացված Մատուցողի Հավաքագրման Ձևը (SOC 426) և գտավ, որ ձեր տրամադրած տեղեկությունը ամբողջական չէ: Մենք չենք կարող որոշել արդյոք դուք ունեք IHSS մատուցող ընտրվելու իրավունք, քանի որ դուք չեք տրամադրել բոլոր անհրաժեշտ տեղեկությունները: Դուք պետք է ներկայացնեք ստորև նշված բոլոր տեղեկությունները այս նամակը ստանալու ամսաթվից 15 աշխատանքային օրվա ընթացքում:

- Պատասխան Կետ Համար(ներ)՝ _____ Ձև SOC 426-ում
- Medicare, Medicaid և/կամ Medi-Cal ծրագրերում մատուցողի իրավունքների վերականգնման ծանուցման պատճենը
- Լիցենզավորման մարմնի կողմից տրված գրավոր հաստատման պատճենը առ այն, որ ձեր մասնագիտական արտոնությունները վերականգնվել են
- Լիցենզավորման մարմնի որոշման(ների) պատճենը՝ ներառյալ կարգապահական գործողություններին վերաբերող դրույթներն ու պայմանները
- Այլ _____

Եթե դուք 15 աշխատանքային օրվա ընթացքում չտրամադրեք բոլոր պահանջվող տեղեկությունները, դուք իրավունք չեք ունենա հավաքագրվել որպես IHSS մատուցող կամ ստանալ վճարում IHSS ծրագրից ծառայությունների մատուցման դիմաց:

Եթե ունեք հարցեր այս նամակի վերաբերյալ, զանգահարեք հետևյալ հեռախոսահամարով _____ :