

**ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ
ԾՐԱԳԻՐ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ՄԱՏՈՒՑՄԱՆ
ԱՆԻՐԱՎԱԶՈՐՈՒԹՅԱՆ ԿԵՐԱԲԵՐՅԱԼ
(ՀԱՍՑԵԱՏԵՐ)**

ԿԱՐՉԱՇՐՋԱՆ

Ծանուցման ամսաթիվ՝ _____

Մատուցողի անուն՝ _____

IHSS գրասենյակի հասցե՝ _____

IHSS գրասենյակի հեռախոսահամար՝ _____

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

Այս ծանուցման ամսաթվից սկսած դուք այլևս իրավագոր չեք լինելու IHSS մատուցող կամ ստանալ վճարում IHSS Ծրագրից ծառայություններ մատուցելու դիմաց: Պատճառը հետևյալն է՝

ամսաթվին _____, մենք ուղարկել ենք ձեզ ծանուցում, որում ասվում էր, որ ձեր կողմից ներկայացրած Մատուցողի Հավաքագրման Ձև (SOC 426)-ը ամբողջական չէր: Մենք խնդրեցինք ձեզ տրամադրել բացակայող տեղեկությունները 15 աշխատանքային օրվա ընթացքում: Դուք չներկայացրեցիք պահանջվող տեղեկությունները մեր նշված ժամկետում:

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