

行動通知

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

家庭護理服務
(IHSS) 費用分攤

郡名：
通知日期：
案例名稱：
案例編號：

以下是您的家庭護理服務 (IHSS) 分攤費用的判定方法：

	<u>過去</u>	<u>現在</u>
您的可計算收入	\$ _____	\$ _____
減去 SSI/SSP 福利	\$ _____	\$ _____
家庭護理服務 (IHSS) 分攤費用	\$ _____	\$ _____

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。