

家庭護理服務計畫提供者喪失資格通知

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) 提供者申請人

從收到本通知之日起，您將不再有資格擔任 IHSS 提供者或獲得 IHSS 計畫向您支付的服務酬勞。原因如下：

在 _____，我們給您發出了一份通知，指出您提交給縣當局的提供者註冊單 (SOC 426) 內容不完整。我們要求您在 15 個工作日內提供缺少的資訊。但您並未在我們所規定的日期前提交所需資訊。

如果您對本函有任何疑問，請致電_____。