

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

根據您在提供者註冊單 (SOC 426) 上提供的資訊，您沒有資格註冊為 IHSS 提供者或獲得 IHSS 計畫向您支付的服務酬勞。原因如下：

- 您被暫時剝奪了擔任 Medicare、Medicaid 或 Medi-Cal 計畫提供者的權利，並且權利尚未得到恢復。任何被暫時剝奪擔任 Medicare、Medicaid 或 Medi-Cal 計畫提供者權利，並且權利尚未得到恢復的提供者均沒有資格註冊為提供者，或獲得提供護理服務的酬勞。
- 一家許可證發放機關對您的職業許可證、證書或提供健康護理服務的其他授權執行了紀律處分。我們查看了該許可證發放機關的條款和條件，並發現這些條款和條件禁止您提供護理服務。

由於您沒有資格擔任 IHSS 提供者，因此我們會將此資訊轉發給加利福尼亞州健康護理服務部 (CDHCS)，並要求將您的姓名列入 Medi-Cal 暫停資格和無資格提供者名單。當您的姓名被列入該名單時，您會收到 CDHCS 的通知函。

如果您對這一裁決有異議，本頁背面介紹了申請上訴的流程。您必須在從收到本函的 60 個日曆日內提交上訴申請。

如果您對本函有任何疑問，請致電 _____。