

Բ Դ

Լ Ժ

Բ	Դ	Միայն Շրջանի օգտագործման համար	
		Ծանուցման ամսաթիվը`	_____
		Գործի համարը`	_____
		Աշխատողի անունը`	_____
		Աշխատողի ID համարը`	_____
		Աշխատողի հեռախոսի համարը`	_____
		Աշխատանքային ժամերը	_____
Լ	Ժ	Գրասենյակի հասցեն`	_____

«Medi-Cal»- ի լիազոր ներկայացուցչի չեղարկում կամ փոփոխություն

Սույն ծանուցմամբ տեղեկացնում ենք Ձեզ, որ _____-ից չեղարկվում է «Medi-Cal»- ի գործի համար լիազոր ներկայացուցչի նշանակումը:

Ստորև բերված են լրացուցիչ տեղեկություններ _____ - ի նշանակման հարցում կատարված փոփոխությունների վերաբերյալ.

- Լիազոր ներկայացուցիչը չեղարկում է պահանջել:
- Դիմորդը կամ նպաստառուն չեղարկում է պահանջել:
- Դիմորդը կամ նպաստառուն խնդրել է հետևյալ փոփոխությունները կատարել լիազոր ներկայացուցչի պարտականությունների մեջ.

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել այս ծանուցման վերևում նշված հեռախոսահամարով: