State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

សម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅខោនធីតែប៉ុណ្ណោះ៖

ថ្ងៃជូនដំណឹង៖ ________________
ករណីលេខ៖ ________________
ឈ្មោះបុគ្គលិកបម្រើការ៖ ________________
អត្តលេខបុគ្គលិកបម្រើការ៖ ________________
លេខទូរសព្ទបុគ្គលិកបម្រើការ៖ ________________
ម៉ោងធ្វើការ៖ ________________
អាសយដ្ឋានការិយាល័យ៖ ________________

ការលុបចោល ឬការផ្លាស់ប្តូរការចាត់តាំងអ្នកតំណាងទទួលបានការអនុញ្ញាតសម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal

ការជូនដំណឹងនេះ គឺដើម្បីជម្រាបដល់ អ្នកថា ការចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតសម្រាប់ករណីកម្មវិធី Medi-Cal របស់ ត្រូវបានលុបចោល ឬផ្លាស់ប្តូរចាប់ពីថ្ងៃ តទៅ។

នេះជាព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរការចាត់តាំងរបស់

អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត បានស្នើសការលុបចោល។

អ្នកដាក់ពាក្យស ឬអ្នកទទួលផល បានសេសការលបចោល។

អ្នកដាក់ពាក្យសុំ ឬអ្នកទទួលផល បានសេសធេការផ្លាស់ប្តូរភារកិចរបស់អ្នកតំណាងដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅលើលេខនៅផ្នែកខាងលើនៃការជូនដំណឹងនេះ។