State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

카운티 전용:

공지 날짜: ______________________________
사례 번호: ______________________________
카운티 담당자 이름: ____________________
카운티 담당자 ID 번호: __________________
카운티 담당자 전화 번호: ________________
근무 시간: ______________________________
사무실 주소: ____________________________

Medi-Cal 승인된 대리인 임명 취소 또는 변경

이 통지는 에 의 Medi-Cal 사례에 대한 승인된 대리인 임명이 취소 또는 변경되었음을 알려드립니다.

의 임명 변경에 대한 자세한 내용은 다음과 같습니다:

승인된 대리인이 취소를 요청했습니다.

신청인 또는 수취인이 취소를 요청했습니다

신청자 또는 수혜자가 승인된 대표 의무에 대한 이러한 변경을 요청했습니다:

문의 사항 있으시면, 본 통지 상단에 기재된 번호로 전화하십시오.