ສຳລັບເຂດປົກຄອງໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ:

ແຈ້ງການວັນທີ:

ໝາຍເລກກໍລະນີ:_____

ຊື່ເຈົ້າໜ້າທີ່:_____

ໝາຍເລກບັດປະຈຳຕົວເຈົ້າໜ້າທີ່:_____

ໝາຍເລກໂທລະສັບເຈົ້າໜ້າທີ່:_____

ຊົ່ວໂມງເປີດຫ້ອງການ:_____

ທີ່ຢູ່ຫ້ອງການ:_____

ການຍົກເລີກ ຫຼື ການປ່ຽນແປງການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງ **Medi-Cal**

ການແຈ້ງການນີ້ແມ່ນເພື່ອແຈ້ງບອກທ່ານວ່າ ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າສຳລັບກໍລະນີ Medi-Cal ຂອງ
ໄດ້ຖືກຍົກເລີກ ຫຼື ປ່ຽນເລີ່ມໃນວັນທີ

ນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງຕໍ່ການແຕ່ງຕັ້ງຂອງ

- ☐ ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການຍົກເລີກ.
- ☐ ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການຍົກເລີກ
- ☐ ຜູ້ສະໝັກ ຫຼື ຜູ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໄດ້ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້ຕໍ່ໜ້າທີ່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ:

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ, ກະລຸນາໂທຫາໝາຍເລກທີ່ໄດ້ຈັດລຽງໄວ້ຂ້າງເທິງສຸດຂອງໜັງສືແຈ້ງການສະບັບນີ້.