State of California
Health and Human Services Agency

Department of Health Care Services

สำหรับสำนักงานเขตเท่านั้น:

วันแจ้ง:_____

หมายเลขเรื่อง:_____

ชื่อเจ้าหน้าที่:_____

หมายเลขเจ้าหน้าที่:_____

หมายเลขโทรศัพท์เจ้าหน้าที่:_____

เวลาทำการ:_____

ที่อยู่สำนักงาน:_____

การยกเลิกหรือการเปลี่ยนแปลงการแต่งตั้งตัวแทนการรับมอบอำนาจของ Medi-Cal

ประกาศฉบับนี้มีเพื่อแจ้งให้คุณทราบว่าการแต่งตั้งตัวแทนการรับมอบอำนาจสำหรับ Medi-Cal ของ

ได้มีการยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงตั้งแต่วันที่

ข้อมูลต่อไปนี้เป็นข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเปลี่ยนแปลงการแต่งตั้งของ

- ☐ ตัวแทนการรับมอบอำนาจได้ถูกยกเลิก
- ☐ ผู้รับสมัครหรือผู้รับผลประโยชน์ได้ถูกยกเลิก
- ☐ ผู้รับสมัครหรือผู้รับผลประโยชน์ขอทำการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของตัวแทนการรับมอบอำนาจดังต่อไปนี้

หากคุณมีคำถาม โปรดโทรไปที่หมายเลขที่ระบุไว้ที่ด้านบนของประกาศฉบับนี้