

Γ Γ

L J

Γ Γ

L J

Chỉ Sử Dụng ở Quận:

Ngày Thông Báo: _____

Số Trường Hợp: _____

Tên Nhân Viên: _____

Số ID Nhân Viên: _____

Số Điện Thoại Nhân Viên: _____

Giờ Làm Việc: _____

Địa Chỉ Văn Phòng: _____

Hủy Bỏ Hoặc Thay Đổi Đối Với Việc Bỏ Nhiệm Đại Diện Medi-Cal Được Ủy Quyền

Thông báo này nhằm cho quý vị biết rằng việc bỏ nhiệm đại diện được ủy quyền cho trường hợp của Medi-Cal đã bị hủy hoặc thay đổi kể từ

Dưới đây là thông tin thêm về các thay đổi đối với việc bỏ nhiệm của _____ :

- Đại diện được ủy quyền yêu cầu hủy bỏ.
- Người nộp đơn hoặc người thụ hưởng yêu cầu hủy bỏ
- Người nộp đơn hoặc người thụ hưởng đã yêu cầu thực hiện những thay đổi này đối với việc bỏ nhiệm đại diện được ủy quyền:

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi đến số được liệt kê ở đầu thông báo này.