إشعار الرفض/ التخفيض/ التغيير
(إحذف العلامات/العبارات التي لا تنطبق)

التاريخ

طالب الإلتحاق/ الطرف المسؤول
عنوان الشارع
المدينة/الولاية/الرمز البريدي

بخصوص	إسم طالب الإلتحاق
تاريخ الميلاد	تاريخ ميلاد طالب الإلتحاق
رقم التحكم في المستند	رقم التحكم في المستند لطالب الإلتحاق

عزيزي طالب الإلتحاق/الطرف المسؤول،

تدير إدارة الصحة ورعاية المسنين، مكتب الإحتياجات الصحية الخاصة و إدارة الضمان الإجتماعي بولاية ميسوري و قسم HealthNet بميسوري برنامج الأطفال و الشباب الأصحاء. يصرح بالخدمات بمقتضى الضرورة الطبية.

طالب الإلتحاق الإسم الأول غير أهل لتلقي الخدمة بسبب:

- غير أهل لأسباب طبية
- غير مستوفي الشروط، لا يستجيب لطلبات الإتصال من منسق الخدمة، عدم التواجد للزيارات المنزلية كما هو محدد.
- سينتقل خارج الولاية.
- لا يتلقى الخدمات المصرح بها سابقا.

تبعا للتقييم الذي أكمل بتاريخ، طالب الإلتحاق الإسم الأول

- تم إنقاص ساعات الخدمة من عدد الساعات المسموح بها في الأسبوع حاليا إلي عدد الساعات الجديد المسموح به في الأسبوع
- تغيرت خدمته من خدمة إلى أخرى

التغيير في الخدمة سيبدأ بتاريخ. إذا ما تغير حال طالب الإلتحاق الإسم الأول يمكنك طلب إعادة التقييم عن طريق الإتصال بمكتب الإحتياجات الصحية الخاصة.

من حقك أن تطلب إعادة النظر في هذا القرار. يمكنك طلب إعادة النظر في خلال ٩٠ يوم من تاريخ هذا الإشعار. يمكنك طلب جلسة إعادة نظر كتابة أو تليفونيا. إتصل ب:

ميسوري قسم HealthNet
مكتب خدمة العملاء
صندوق بريد رقم ٦٥٠٠
مدينة جيفرسون، ميسوري٦٥١٠١-٦٥٠٠
١-٨٠٠-٣٩٢-٢١٦١

سيتم إخبارك بمكان و موعد الجلسة. إذا طلبت جلسة في خلال عشرة أيام من تاريخ هذا الإشعار، يمكنك طلب إستمرار الخدمات بمستواها الحالي حتى يصدر قرار المسؤول عن الجلسة. إذا قرر صحة التغيير، ستعتبر مسؤولا عن الدفع مقابل الخدمات التي طلبت إستمرارها.

إذا كان لديك أي أسئلة بخصوص هذا الإشعار، برجاء الإتصال بتليفون رقم.

مع خالص التحيات،

منسق الخدمات
ممرضة مسجلة، منسقة الخدمة
مكتب الإحتياجات الصحية الخاصة
عنوان الشارع
المدينة، الولاية، الرمز البريدي

XXX/xx

بخصوص: ملف العميل
جوان ديكس، ممرضة مسجلة، مديرة البرنامج