

个人服务提供者通知函 Individual Provider Notification

通知日期:

停止工作通知

尊敬的 _____ :

特此通知您, 自 _____ 日起, 社会福利服务部(DSHS)或耆英服务地区办事处(AAA)正:

- 拒绝您的个人服务提供者客户服务合同申请。
- 拒绝或终止对您作为个人服务提供者的付款。
- 采取步骤来终止您的个人服务提供者客户服务合同。

不允许您作为个人服务提供者工作, 且您在 _____ 当日或之后的任何工作时数都将得不到 DSHS 的付款。如想再次工作以获得 DSHS 对您的付款, 您必须得到 DSHS 或 AAA 的批准。

您所服务的 DSHS 客户将收到通知, 您在 _____ 当日或之后提供的服务将不会得到 DSHS 的付款, 且他/她将需要寻找其他的服务提供者。

您无法工作的原因如下:

- 您的背景调查结果未获通过。
- 根据性格、能力和适宜性判定, 本部门认定您不符合与客户一同工作的资格。
- 您的背景调查正接近/已超过两年的重新调查时限。
- 您的合同正过期/已过期。
- 您从 BCCU 收到了"所需的其他信息"信函且您尚未解决此问题。
- 您曾被暂时雇佣 120 天, 而本部门尚未收到 FBI 指纹调查的结果。
- 您有 Medicaid 欺诈转介。
- 其他:

您无权申请行政听证会来对此项决定提出反对。如果您有疑问, 请联系:

谨致问候,