

Сповідення для індивідуального надавача послуг

Дата сповіщення:

Сповідення про припинення роботи

Шановний(-а) _____ :

Дійсним повідомляємо, що від _____ Відділ охорони здоров'я та соціального забезпечення (Department of Social and Health Services, DSHS) або Місцева агенція у справах літніх людей (Area Agency on Aging, AAA):

- Відхиляє ваш запит на укладення договору щодо надання клієнтських послуг індивідуальним надавачем.
- Відхиляє або припиняє оплату ваших послуг в якості індивідуального надавача послуг.
- Вживає заходів для припинення вашого договору щодо надання клієнтських послуг індивідуальним надавачем.

Вам не дозволяється працювати в якості індивідуального надавача послуг, і DSHS не буде оплачувати вам жодних годин роботи, виконаних _____ та після цієї дати. Ви не можете надалі надавати послуги, оплачувані DSHS, доки не отримаєте на це дозвіл від DSHS або AAA.

Клієнт(-и) DSHS, на якого(-их) ви працювали, будуть сповіщені про те, що DSHS не буде оплачувати ваші послуги, починаючи з _____, а також, що він/вона має знайти іншого надавача послуг.

Причина(-и), через які ви не можете працювати:

- Результати перевірки ваших даних позбавляють вас права надавати послуги.
- Враховуючи сутність поставленої задачі, відповідність вимогам та компетентність Відділ визначив, що ви не маєте кваліфікації для роботи із клієнтами.
- Наближається сплинув термін повторної перевірки ваших даних, що має відбуватися раз на два роки.
- Термін дії вашого договору спливає / сплинув.
- Ви отримали лист від ВССУ "Необхідна додаткова інформація" і не вирішили зазначену проблему.
- Ви були тимчасово найняті на 120-денний термін, і Відділ не отримав результатів перевірки відбитків пальців від ФБР.
- Щодо вас подано заяву про шахрайство з Medicaid.
- Інша причина:

Ви не маєте права на адміністративне слухання для оскарження цього рішення. Якщо у вас виникнуть питання, звертайтеся до:

З повагою,