

行動通知

STATE OF CALIFORNIA HEALTH  
AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF  
SOCIAL SERVICES

家庭護理服務 (IHSS)  
變更通知 (接續)

郡名：  
通知日期：  
案件名稱：  
案件編號：

---

---

郡名：  
通知日期：  
案件名稱：  
案件編號：

---

您必須立即將可能影響您家庭護理服務 (IHSS) 資格或需求的任何變化告知所在郡，包括任何收入、資產、居住安排、醫療狀況或工作能力的變化。如果您存有任何疑問或者認為應考慮更多因素，請致電您的社工。

**規則：**適用的「政策與程序手冊」(MPP) 部分顯示於上方並且可在您當地的家庭護理服務 (IHSS) 辦公室檢視。

**問題？**請聯絡您的家庭護理服務 (IHSS) 社工。

**州聽證：**如果您認為本行動是錯誤的，您可以要求聽證。本通知包含的「州聽證權」插頁介紹了聽證方法。

---