



DMAS(Department of Medical Assistance Services)에

대한 통지서:
민간보험 청구 거부 가족

_____ (아동 이름)의 부모께서 보장사항인 조기 개입 서비스를 위해 민간 건강/의료보험에 연락하는 것을 거부하셨습니다.

_____ 지역 Part C 시스템 대리인 이름

_____ 지역 Part C 시스템 대리인 서명

_____ 날짜