

Vui lòng điền vào chỗ trống

Các lĩnh vực: Bạn có người thân tham gia chương trình Dịch vụ dành cho người lớn của Acacia hoặc South County không?, Bạn có ủy quyền cho AlzOC chia sẻ lời của bạn trên trang web, phương tiện truyền thông xã hội và các thông tin liên lạc khác cho mục đích vận động không?

((Địa chỉ của bạn sẽ được giữ kín)

Lời Chứng Thực từ Trung Tâm Y Tế Cho Người Cao Niên

Ngân sách sửa đổi mới của Thống đốc Newsom nhằm mục đích loại bỏ tài trợ cho chương trình CBAS / ADHC đe dọa các Trung tâm Y tế Ban Ngày dành cho những vị Cao Niên trên toàn tiểu bang, bao gồm cả Dịch vụ của Trung tâm Acacia và South County. Hãy giúp chúng tôi ủng hộ các gia đình của chúng ta bằng cách chia sẻ lời chứng thực của bạn và hỗ trợ cho chương trình.

Bạn có người thân tham gia chương trình chăm sóc ban ngày dành cho cao niên Acacia hoặc South County không?

Có_____hoặc Không_____

Tên: _____

Họ: _____

Địa chỉ 1: _____

Địa chỉ 2: _____

Thành Phố: _____

Tiểu bang: _____

Mã bưu điện: _____

Các trung tâm y tế dành cho người Cao Niên như Acacia và South County đã ảnh hưởng đến cuộc sống của bạn như thế nào?

Việc chấm dứt trung tâm phục vụ ban ngày cho người Cao Niên ảnh hưởng như thế nào đến bạn và người thân?

Bạn muốn cho đại diện dân cử và Thống đốc Newsom biết gì về các đề xuất cắt giảm của họ?

Bạn có ủy quyền cho AlzOC chia sẻ lời chứng thực của bạn trên trang web, phương tiện truyền thông xã hội và các thông tin liên lạc khác cho mục đích vận động không?
(Địa chỉ của bạn sẽ được giữ kín)

CÓ: ☐ CÓ nhưng không bỏ tên tôi: ☐ hoặc KHÔNG: ☐