



CARTA DE INTENCIÓN

Programa de Proveedores Independientes (IP)

Estado de Rhode Island
Oficina Ejecutiva de Servicios Humanos y de Salud
Oficina de Medicaid
3 West Road
Cranston, Rhode Island 02920

Yo, _____, confirmo que me inscribiré en las capacitaciones del Programa de Proveedores Independientes (IP) y manifiesto mi intención de trabajar para convertirme en asistente de cuidado personal (PCA) dentro del Programa de Proveedores Independientes (IP). Esta carta se presentará al Intermediario Fiscal.

Gracias.

Dirección

Fecha

Firma
