

Nhận xét, ghi chú hoặc thông tin bổ sung (kể cả thông tin của Chương trình Khuyết tật Phát triển Cộng đồng (Community Developmental Disabilities Program, hoặc CDDP) hoặc công ty môi giới mà đang báo cáo những thay đổi này)

Chữ ký của nhân viên chăm sóc (*bắt buộc*)

Ngày (*bắt buộc*)

Gửi mẫu đã điền và ký tên qua email đến: PSW.Enrollment@dhsosha.state.OR.US

*Yêu cầu thay đổi chỉ áp dụng cho những thay đổi được liệt kê trong mẫu này. Để báo cáo những thay đổi khác, nhân viên phải nộp một UEF hoặc PEAA mới.