AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION
HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES

服务确认
Acknowledgement of Services

申请人姓名	ACES 服务接受者身份识别号码

家庭与社区安置服务计划为符合条件者提供机会，使他们能够在社区中获得 Medicaid 服务来取代制度化服务。

家庭与社区安置服务计划包括：

- 社区首选计划(CFC)
- COPES 另选安置
- 居住保障另选安置(RSW)
- New Freedom 另选安置
- Medicaid 替代照护(MAC)
- 重返社区安居之路(RCL)

本人选择接受家庭与社区安置服务计划下的服务来取代疗养院护理服务。

个案当事人签名		日期
代表之签名	☐ 监护人 ☐ 代表	日期
社会工作人员/个案管理人员签名		日期

机构名称	电话号码（请包括区域号码）

以下是您请求举行行政听证会的权利：

如果您申请家庭与社区安置计划服务被拒绝，您有权提出举行行政听证会。从您的服务申请被拒绝之日起，您有(90)天的时间提出举行听证会的请求。您可以书面形式向家庭与社区服务处的当地办事处、耆英地区办事处提出举行行政听证会的请求，或者致函：

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489,
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES,
PO BOX 42489,
OLYMPIA WA 98504-2489.