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

サービスの確認

Acknowledgement of Services

申請者の氏名	ACES 顧客 ID 番号

在宅/地域社会ベースのサービスプログラムでは、有資格の皆さまが機関サービスの代わりにコミュニティ内でメディケイドサービスを受けられる機会を提供いたします。

在宅/地域社会ベースのサービスプログラム：

- Community First Choice（CFC：コミュニティファーストチョイス）
- COPES 免除
- Residential Support Waiver（RSW：レジデンシャルサポート免除）
- New Freedom Waiver（ニューフリーダム免除）
- Medicaid Alternative Care（MAC：メディケイド代替ケア）
- Roads to Community Living（RCL：地域生活への移行支援プログラム）

私は、介護施設での介護の代わりに在宅/地域社会ベースのプログラムを受けることを選択します。

顧客の署名		日付
代表者の署名	☐ 保護者 ☐ 代表者	日付
ソーシャルワーカー・ケースマネージャーの署名		日付

機関	電話番号（市外局番を含む）

以下に、行政審問を受ける権利を記します：

あなたは、在宅/地域社会ベースのサービスを受けることが却下されている場合、行政審問を要請することができます。サービスが却下された日から 90 日のうちに審問を要請しなければなりません。最寄りの在宅/地域社会のサービス課事務所や地域高齢者局にて、または以下宛てに書面で行政審問を要請することができます。

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