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

సేవల అంగీకార పత్రం

Acknowledgement of Services

దరఖాస్తుదారుని పేరు	ACES క్లయింట్ ID సంఖ్య

గృహ మరియు కమ్యూనిటీ ఆధారిత సేవా కార్యక్రమాలు, అర్హత గల వ్యక్తులకు సంస్థాగత సేవలకు బదులుగా తాముంటున్న సమాజంలోనే Medicaid సేవలను పొందే అవకాశాన్ని కల్పిస్తాయి

గృహ మరియు కమ్యూనిటీ ఆధారిత సేవా కార్యక్రమాలు ఏవనగా:

- కమ్యూనిటీ ఫస్ట్ ఛాయిస్ (Community First Choice, CFC)
- COPES వైవర్
- రెసిడెన్షియల్ సపోర్ట్ వైవర్ (Residential Support Waiver, RSW)
- న్యూ ఫ్రీడమ్ వైవర్ (New Freedom Waiver)
- మెడికెయిడ్ ఆల్టర్నేటివ్ కేర్ (Medicaid Alternative Care, MAC)
- రోడ్స్ టు కమ్యూనిటీ లివింగ్ (Roads to Community Living, RCL)

నర్సింగ్ హోమ్ సంరక్షణకు బదులుగా గృహ మరియు కమ్యూనిటీ ఆధారిత ప్రోగ్రామ్ క్రింద సేవలను స్వీకరించడానికి నేను ఎంచుకుంటున్నాను.

క్లయింట్ సంతకం		తేదీ
ప్రతినిధి సంతకం	☐ సంరక్షకుడు ☐ ప్రతినిధి	తేదీ
సోషల్ వర్కర్/కేస్ మేనేజర్ సంతకం		తేదీ
సంస్థ (ఏజెన్సీ)	టెలిఫోన్ నంబర్ (ఏరియా కోడ్‌తో సహా)	

అడ్మినిస్ట్రేటివ్ హియరింగ్‌కు (పరిపాలనాపరమైన విచారణ) సంబంధించి మీ హక్కులు క్రింద ఇవ్వబడ్డాయి:

మీకు గృహ మరియు కమ్యూనిటీ ఆధారిత సేవలు నిరాకరించబడినట్లయితే, అడ్మినిస్ట్రేటివ్ హియరింగ్‌ను అభ్యర్థించే హక్కు మీకు ఉంటుంది. సేవలు నిరాకరించబడిన తేదీ నుండి హియరింగ్‌ను కోరడానికి మీకు 90 రోజుల గడువు ఉంటుంది. మీరు మీ స్థానిక హోమ్ అండ్ కమ్యూనిటీ సర్వీసెస్ డివిజన్ కార్యాలయానికి, స్థానిక ఏరియా ఏజెన్సీ ఆన్ ఏజింగ్‌కు లేదా ఈ క్రింది చిరునామాకు లేఖ రాయడం ద్వారా అడ్మినిస్ట్రేటివ్ హియరింగ్‌ను అభ్యర్థించవచ్చు:

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