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

Підтвердження обслуговування

Acknowledgement of Services

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ЗАЯВНИКА	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА В ПРОГРАМІ ACES

Програми обслуговування на дому або в спільноті пропонують можливість для відповідних осіб отримувати медичне обслуговування Medicaid за місцем мешкання, а не в спеціалізованих установах.

Пропонуються такі Програми обслуговування на дому або в спільноті:

- Community First Choice (CFC)
- Альтернативна програма COPES Waiver
- Альтернативна програма Residential Support Waiver (RSW)
- Альтернативна програма New Freedom Waiver
- Medicaid Alternative Care (MAC)
- Шляхи до життя в громаді (Roads to Community Living, RCL)

Я обираю отримання послуг у рамках Програми обслуговування на дому або в спільноті, замість будинку престарілих з медсестринським обслуговуванням:

ПІДПИС КЛІЄНТА		ДАТА
ПІДПИС ПРЕДСТАВНИКА	☐ Опікун ☐ Представник	ДАТА
ПІДПИС СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА/МЕНЕДЖЕРА У СПРАВІ		ДАТА

ОРГАНІЗАЦІЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)

Нижче вказані ваші права на адміністративне слухання:

Якщо ви отримаєте негативну відповідь на ваше прохання щодо отримання послуг на дому або в спільноті, ви маєте право на адміністративне слухання. Для направлення запиту на слухання ви маєте 90 днів з моменту одержання негативної відповіді на ваше прохання щодо відмови від надання послуг. Ви можете вимагати адміністративного слухання, написавши до офісу вашого місцевого відділення Обслуговування Домів та Спільнот, місцевого Агентства з питань престарілих, або за адресою:

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