

Заявление о добровольном участии Voluntary Participation

Альтернативная программа услуг на дому и по месту жительства (HCBS Waiver program) и программа Community First Choice (CFC) функционируют в соответствии с разделом 1915(c) и 1915(k) Закона о социальном обеспечении (Social Security Act) и позволяет штатам предлагать лицам, имеющим право на льготы Medicaid, услуги по месту жительства во избежание помещения таких лиц на долгосрочное проживание в стационарные учреждения. Получатели альтернативных услуг по программе HCBS Waiver должны пройти проверку на соответствие критериям уровня обслуживания, предоставляемого учреждением промежуточного ухода для лиц с отставанием в интеллектуальном развитии (ICF/ID). Получатели услуг по программе CFC должны пройти проверку на соответствие критериям уровня обслуживания, предоставляемого учреждением промежуточного ухода для лиц с отставанием в интеллектуальном развитии (ICF/ID) или стационарным учреждением медсестринского ухода (NFLOC). Лица, которые отвечают критериям получения услуг этого уровня, могут выбрать услуги по альтернативной программе HCBS Waiver либо услуги по программе CFC в качестве альтернативы помещению в стационарное учреждение, находящееся в ведомстве штата.

Для _____ утверждено предоставление альтернативных услуг в рамках программ HCBS Waiver и/или CFC по месту жительства по следующей программе услуг HCBS:

- Альтернативная программа Basic Plus (Базовая-плюс)
- Children Intensive In-Home Behavioral Supports, CIIBS Waiver (Альтернативная программа интенсивной психологической поддержки на дому для детей)
- Альтернативная стандартная программа обслуживания (Core Waiver)
- Альтернативная программа «Защита общин» (Community Protection Waiver)
- Альтернативная Программа индивидуального и семейного обслуживания (IFS)
- Услуги, предоставляемые по программе Community First Choice

Если вы решите получать услуги по месту жительства, поставьте здесь свою подпись:

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА

ИЛИ

Если вы получили информацию о вариантах услуг по месту жительства и предпочитаете получать услуги в стационарном учреждении, поставьте подпись, здесь:

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА

Если вы или ваш официальный опекун предпочтёте помещение в стационарное учреждение, то курирующий вас специалист предоставит вам информацию о протоколе приёма.