



AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION

Acuerdo de servicio acelerado Fast Track Service Agreement

NOMBRE DEL CLIENTE

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ACES

Comprendo que los servicios de cuidado a largo plazo que recibiré (marcados a continuación) son temporales mientras se determina mi elegibilidad financiera para Medicaid y que pueden ser autorizados para un máximo de 90 días.

Community First Choice (CFC) Cuidado Personal de Medicaid (MPC)

CFC y COPEs Exención de Apoyo Residencial

Fecha de inicio del servicio: _____ Fecha de terminación del servicio: _____

Acepto solicitar Medicaid a más tardar el _____ (10 días después de la fecha de inicio de mi servicio). De no solicitar Medicaid se cancelarán mis servicios.

Si solicito Medicaid pero se determina que no soy elegible durante el período para el que se autorizaron de forma acelerada mis servicios, estos se cancelarán 10 días después de que se me notifique la denegación de Medicaid.

Entiendo que mi administrador de caso no creará un sobrepago por el costo de los servicios que he recibido durante el período de servicio acelerado. No obstante, a mi fallecimiento, el costo de estos servicios y de otros servicios futuros pueden ser causal de recuperación de patrimonio. (Consulte WAC 182-527-2742 para ver los servicios que están sujetos a recuperación de patrimonio).

Entiendo que podría ser necesario hacer cambios en el importe que pago por el costo de mi cuidado (participación) una vez que se determine mi elegibilidad financiera. Si se determina que soy elegible desde el punto de vista financiero, mis servicios continuarán hasta mi próxima evaluación CARE.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
FIRMA DEL TRABAJADOR	FECHA
OFICINA	