



AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION
Thỏa Thuận Dịch Vụ Theo Dõi Nhanh
Fast Track Service Agreement

TÊN THÂN CHỦ

SỐ ID ACES

Tôi hiểu rằng các dịch vụ chăm sóc dài hạn mà tôi sẽ nhận được (được đánh dấu dưới đây) là tạm thời chưa quyết định việc hội đủ điều kiện tài chính Medicaid của tôi và có thể được cho phép tối đa 90 ngày.

Chọn Lựa Đầu Tiên Trong Cộng Đồng (CFC) Chăm Sóc Cá Nhân Medicaid (MPC)

CFC và COPEs Bãi Miễn Hỗ Trợ Tại Nơi Cư Trú

Ngày bắt đầu dịch vụ: _____ Ngày kết thúc dịch vụ: _____

Tôi đồng ý nộp đơn xin hưởng Medicaid trước _____ (10 ngày kể từ ngày bắt đầu dịch vụ của tôi). Không nộp đơn xin hưởng Medicaid sẽ dẫn đến việc chấm dứt các dịch vụ của tôi.

Nếu tôi nộp đơn xin hưởng Medicaid nhưng tôi không hội đủ điều kiện trong suốt thời gian tôi đã được chấp thuận hưởng các dịch vụ thông qua Theo Dõi Nhanh, các dịch vụ của tôi sẽ bị ngưng lại sau khi tôi nhận được thông báo từ chối Medicaid.

Tôi hiểu nhân viên quản lý hồ sơ của tôi sẽ không tạo ra một khoản chi trả quá mức về chi phí các dịch vụ mà tôi đã nhận trong suốt thời gian Theo Dõi Nhanh được chấp thuận. Tuy nhiên, khi tôi qua đời, chi phí các dịch vụ và bất kỳ dịch vụ nào trong tương lai có thể đều phải chịu Thu Hồi Di Sản. (Xem WAC 182-527-2742 để biết các dịch vụ phải chịu Thu Hồi Di Sản.)

Tôi hiểu rằng các thay đổi trong số tiền mà tôi chi trả cho chi phí chăm sóc của tôi (việc tham gia) có thể cần thiết khi việc hội đủ điều kiện tài chính được xác định. Nếu tôi được xác định hội đủ điều kiện tài chính, các dịch vụ của tôi sẽ tiếp tục trước khi thẩm định CARE kế tiếp của tôi.

CHỮ KÝ THÂN CHỦ

NGÀY

CHỮ KÝ NHÂN VIÊN

NGÀY

VĂN PHÒNG