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

Ծառայությունների ընդունում

Acknowledgement of Services

ԴԻՄՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ	ACES ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ՆՈՒՅՆԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ԹԻՎԸ (ID)

Տնային և համայնքային սպասարկման ծրագիրը հնարավորություն է ընձեռում ծրագրի պահանջներին համապատասխանող անձանց ստանալ հատուկ Medicaid ծառայություններ, որոնք անհրաժեշտ են՝ անձանց բուժական հաստատություններ ընդունելը կանխելու համար: Այս ծառայությունները տրամադրվում են ըստ 1915(c) Medicaid այլընտրական ծրագրի կամ 1915(k) Պետական պլանավորման ընտրանքի՝ հաստատված Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոնների կողմից: Այս ծառայություններն առաջարկվում են այն անձանց, որոնք գնահատվել են վարչության կողմից՝ որպես տարեցների բուժական հաստատությունում խնամք ստանալու պահանջներին համապատասխանող, բայց որոնք ցանկանում են բնակվել տանը կամ համայնքային բնակության կացարանում, ինչպես օրինակ՝ տարեցների ընտանեկան կացարանում կամ աջակցվող բնակության հաստատությունում:

Ես տեղեկացվել եմ իմ ծառայությունների առկա տարբերակների մասին և ցանկանում եմ ծառայություններն ստանալ Տնային և համայնքային սպասարկման այս ծրագրով՝ տարեցների բուժական հաստատությունում խնամք ստանալու փոխարեն.

- ☐ Համայնքային առաջին ընտրության (1915k) ծրագիր և/կամ, հավելյալ ծառայությունների անհրաժեշտության դեպքում՝ COPES 1915 (c) այլընտրական ծրագիր
- ☐ Բնակության աջակցության այլընտրական ծրագիր (1915c) և հավելյալ ծառայությունների Համայնքային առաջին ընտրության (1915k) անհրաժեշտության դեպքում
- ☐ «Նոր ազատություն» այլընտրական ծրագիր (1915c)

ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ		ԱՄՍԱԹԻՎ
ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	☐ Խնամակալ ☐ Ներկայացուցիչ	ԱՄՍԱԹԻՎ
ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏՈՂ/ԳՈՐԾԻ ԿԱՌԱՎԱՐՉԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ		ԱՄՍԱԹԻՎ
ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ (ԳՐԵՔ ՏԱՐԱԾՔԱՅԻՆ ԿՈԴԸ)	

Ստորև շարադրված են արդարացի լսում պահանջելու Ձեր իրավունքները:

Եթե Ձեզ մերժել են տրամադրել այլընտրական ծառայություններ կամ Ձեր ընտրած այլընտրական ծառայությունները, Դուք իրավունք ունեք պահանջել գործի արդարացի լսում: Լսում պահանջելու համար Դուք ունեք 90 օր՝ սկսած ծառայությունները մերժելու ամսաթվից: Դուք կարող եք արդարացի լսում պահանջել՝ գրելով Տնային և համայնքային սպասարկման ծրագրի Ձեր տեղական գրասենյակին, Տարեցների տեղական գործակալությանը կամ նամակ ուղարկելով՝ OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489: