

إقرار بالحصول على الخدمة

Acknowledgement of Services

رقم تعريف نظام أهلية العميل الآلي	اسم مقدم الطلب:-
<p>توفر برامج الخدمات المجتمعية والمنزلية فرصة للأفراد المؤهلين للحصول على الخدمات الطبية اللازمة لمنع إضفاء الصفة المؤسسية. وتوفر تلك الخدمات بموجب إعفاء طبي 1915 (ج) أو 1915 (ك) وخطة اختيار الحالة التي أقرتها مراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية. وتقدم تلك الخدمات للأشخاص الذي قام قسم الخدمات الصحية والاجتماعية بتقييمهم لكي يكونوا مؤهلين للرعاية بدار المسنين، باستثناء من يفضل الإقامة بالمنزل أو المجتمعات السكنية مثل دار رعاية المسنين وبيت الرعاية.</p> <p>لقد أعلمت بخيارات الخدمة المتاحة لي، واخترت الحصول على الخدمات بموجب برنامج الخدمات المجتمعية والمنزلية التالية بدلاً من رعاية المسنين.</p> <p> <input type="checkbox"/> إذا اقتضت الحاجة للخدمات الإضافية، يجرى اختيار برنامج الاختيار الأول للمجتمع 1915 (ك) أو الإعفاء من نظام إدخال برنامج الخيارات المجتمعية 1915 (ج) أو (كلاهما معاً)         </p> <p> <input type="checkbox"/> التنازل عن الدعم السكني (1915 ج) و إذا اقتضت الحاجة للخدمات الإضافية، الاختيار الأول للمجتمع 1915 (ك)         </p> <p> <input type="checkbox"/> إعفاء الحرية الجديدة (1915 ج)         </p>	
التاريخ:	توقيع العميل:
التاريخ:	<input type="checkbox"/> الوصي <input type="checkbox"/> الوكيل توقيع الوكيل:
التاريخ:	توقيع مدير الرعاية الصحية/الموظف الاجتماعي
رقم الهاتف (بما في ذلك رقم المنطقة)	إدارة
<p>وفي ما يلي الحقوق المكفولة لك في إجراء محاكمة عادلة</p> <p>إذا حرمت من خدمات الإعفاء الطبي أو تنازلت عنها بمحض اختيارك، فيجوز لك المطالبة بإجراء محاكمة عادلة. يمكنك المطالبة بإجراء محاكمة عادلة خلال 90 يوماً من تاريخ الحرمان من الخدمات. يمكنك تقديم طلب كتابي لإجراء محاكمة عادلة بمنزلك المحلي أو قسم الخدمات الاجتماعية أو وكالة منطقة الشيوخ أو إلى :</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489</p>	