Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

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

Pengakuan Layanan

Acknowledgement of Services

NAMA PEMOHON	NOMOR ID KLIEN

Program *Home and Community Based Service* menawarkan kesempatan bagi orang yang memenuhi syarat untuk menerima pelayanan *Medicaid* khusus yang diperlukan untuk menghindarkan mereka dari keharusan masuk panti. Layanan ini disediakan di bawah *Medicaid Waiver* 1915(c) atau State Plan Option 1915(k) yang disetujui oleh Pusat Pelayanan *Medicare* dan *Medicaid*. Layanan ini ditawarkan kepada masyarakat yang dinilai oleh departemen bahwa mereka memenuhi persyaratan untuk dirawat di panti jompo, tetapi mereka lebih memilih untuk tinggal di rumah atau di tengah-tengah masyarakat seperti *adult family home* (rumah yang ditinggali oleh beberapa orang tua dengan disediakan perawatan untuk mereka) atau fasilitas tempat tinggal yang diperbantukan.

Saya telah diberitahu tentang pilihan layanan saya dan saya memilih untuk menerima program layanan Home and Community Based Service sebagai pengganti panti jompo:

☐ Program Community First Choice (1915k) dan/atau, COPES Waiver 1915(c) apabila diperlukan layanan tambahan

☐ Residential Support Waiver (1915c) (Pelayanan dengan dukungan warga sekitar) dan apabila diperlukan layanan tambahan Community First Choice (1915k)

☐ New Freedom Waiver (1915c) (Pelayanan Kebebasan yang Baru)

TANDA TANGAN KLIEN		TANGGAL
TANDA TANGAN PERWAKILAN KLIEN	☐ Wali ☐ Perwakilan Klien	TANGGAL
TANDA TANGAN PEKERJA SOSIAL/MANAJER		TANGGAL

KANTOR	NOMOR TELEPON(TERMASUK KODE AREA)

Di bawah ini adalah hak Anda untuk memperoleh kesempatan dengar pendapat secara adil:

Jika layanan waiver Anda ditolak atau jika layanan waiver pilihan Anda ditolak, Anda memiliki hak untuk meminta kesempatan dengar pendapat secara adil. Anda memiliki 90 hari dari tanggal layanan ditolak untuk meminta penjelasan. Anda dapat meminta sidang dengar pendapat secara adil dengan menulis ke kantor divisi Home and Community Services setempat, Area Agency on Aging setempat, atau dengan menulis ke: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, PO BOX: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.