



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

서비스 승인서

Acknowledgement of Services

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------|
| 신청인의 이름                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              | ACES 수혜자 ID 번호 |
| <p>홈 및 커뮤니티 기반 서비스 프로그램은 유자격 수혜자들에게 요양 시설에 들어가지 않고 자택에서 요양하기 위해 필요한 특정 Medicaid 서비스를 받을 기회를 제공하고 있습니다. 이들 서비스는 Medicare 와 Medicaid 서비스 센터에서 승인한 1915(c) Medicaid 웨이버, MTPD(Medicaid 변형 프로젝트 시연, Transformation Project Demonstration) 웨이버 또는 1915(k) 주(州) 계획 옵션 하에 제공됩니다. 해당 부서로부터 요양원 (nursing home)에 들어갈 자격이 있다고 평가 받았지만 자택 또는 성인 패밀리 홈이나 생활 보조 시설과 같이 입소해서 거주할 수 있는 지역사회 내 환경에서 살기를 원하는 사람들에게 이들 서비스가 제공됩니다.</p> <p>본인은 본인의 서비스 옵션에 관해 통보 받았으며, 요양원에 들어가지 않고 다음 홈 및 커뮤니티 기반 서비스 프로그램 아래 서비스를 선택했습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 커뮤니티 퍼스트 초이스(Community First Choice) (1915k) 프로그램 및/또는, 추가 서비스에 필요할 경우 COPES (1915c) 웨이버</p> <p><input type="checkbox"/> 주거 지원 웨이버 (1915c) 및 추가 서비스에 커뮤니티 퍼스트 초이스(Community First Choice) (1915k) 필요할 경우</p> <p><input type="checkbox"/> 뉴 프리덤(New Freedom) 웨이버 (1915c)</p> <p><input type="checkbox"/> MAC (Medicaid 대안 관리, Medicaid Alternative Care) 프로그램(MTPD).</p> |                                                              |                |
| 수혜자 서명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              | 날짜             |
| 대리인 서명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 보호자<br><input type="checkbox"/> 대리인 | 날짜             |
| 사회복지사/사례관리자 서명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                              | 날짜             |
| 기관                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 전화번호(지역번호 포함)                                                |                |
| <p>공정심의회 신청 권리:</p> <p>웨이버 서비스가 거절 조치되었거나 선택하신 웨이버 서비스가 거절 조치된 경우 공정심의회를 신청할 권리가 있습니다. 심의회 신청은 서비스 거절 조치된 날로부터 90 일 이내에 할 수 있습니다. 공정심의회는 지역의 홈 및 커뮤니티 서비스 부서, 지역 노인국 또는 다음 주소로 서면 신청하실 수 있습니다. OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |                |