

**Подтверждение уведомления об услугах**  
**Acknowledgement of Services**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES КЛИЕНТА	
<p>Программа предоставления услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Based Service) предлагает лицам, имеющим соответствующее право, возможность получать определённые услуги программы Medicaid, необходимые для избежания помещения в специализированное учреждение. Эти услуги предоставляются по программе альтернативных услуг, функционирующей в рамках раздела 1915(c) закона о Medicaid (1915(c) Medicaid waiver) или в рамках раздела 1915(k) Плана штата (State Plan Option) утвержденных Центрами служб Medicare и Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services). Данные услуги предоставляются лицам, в отношении которых Департамент установил наличие права на проживание в доме-интернате для престарелых и инвалидов, но которые предпочитают оставаться у себя дома либо проживать в жилье семейного типа для взрослых или в учреждении для проживания с уходом в своем районе.</p> <p>Меня проинформировали об имеющихся у меня возможностях получения услуг, и я решил(-а) получать следующие услуги в рамках программы получения услуг на дому или по месту жительства (Home and Community Based Service Program) вместо услуг дома-интерната для престарелых и инвалидов.</p> <p><input type="checkbox"/> Программа Community First Choice (1915k) и/или, если вам требуется оказание дополнительных услуг, Альтернативная программа COPEs 1915 (c)</p> <p><input type="checkbox"/> Альтернативная программа поддержки по месту жительства (Residential Support Waiver) (1915c) и оказание дополнительных услуг Community First Choice (1915k) если вам требуется</p> <p><input type="checkbox"/> Альтернативная программа New Freedom (1915c)</p>			
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА		ДАТА	
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	<input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Представитель	ДАТА	
ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА / МЕНЕДЖЕРА ПО УХОДУ		ДАТА	
ВЕДОМСТВО		НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)	
<p>Ниже приведена информация о в ваших правах на проведение беспристрастного слушания:</p> <p>Если вам отказано в альтернативных услугах либо в предоставлении выбранного вами варианта альтернативных услуг, вы имеет право запросить проведение беспристрастного слушания. На подачу запроса о проведении слушания у вас есть 90 дней с даты отказа в предоставлении услуг. Письменный запрос о проведении беспристрастного слушания можно подать в местное Управление услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Services Division), районное Агентство по делам престарелых (Area Agency on Aging) или по адресу: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>			