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

Визначення послуг

Acknowledgement of Services

ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ЗАЯВНИКА	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА В ПРОГРАМІ ACES

Програми обслуговування на дому або у спільноті пропонують можливість для відповідних осіб отримувати особливе медичне обслуговування Medicaid, необхідне для уникнення розміщення у лікувальному закладі. Ці послуги надаються у рамках 1915(c) документу про відмову Medicaid або 1915(k) Державного Плану Заходів, схваленого Центрами з медичного догляду та медичних послуг. Ці послуги пропонуються особам, які були визнані придатними для будинку престарілих з медичним обслуговуванням, але надають перевагу проживанню удома або у будинках спільноти, наприклад у будинку престарілих або житлі для тих, хто потребує допомоги.

Мене було проінформовано про варіанти послуг для мене, і я обираю отримання послуг у рамках наступної Програми Обслуговування на дому та у спільноті, замість будинку престарілих з медичним обслуговуванням:

☐ Програма першого вибору спільноти (Community First Choice) (1915k) та/або, у разі необхідності додаткових послуг, Документ про відмову COPES 1915 (c) .

☐ документ про відмову Residential Support Waiver (1915c) та додаткових послуг першого вибору спільноти (Community First Choice) (1915k) у разі необхідності

☐ документ про відмову New Freedom Waiver (1915c)

ПІДПИС КЛІЄНТА		ДАТА
ПІДПИС ПРЕДСТАВНИКА	☐ Опікун ☐ Представник	ДАТА
ПІДПИС СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА/МЕНЕДЖЕРА У СПРАВІ		ДАТА
ОРГАНІЗАЦІЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)	

Нижче вказані ваші права на об'єктивне слухання:

Якщо ви отримаєте негативну відповідь на ваше прохання щодо відмови від надання послуг, заснованої на бажанні отримувати їх удома та за місцем проживання, або отримаєте негативну відповідь на ваше прохання щодо відмови на користь надання обраних послуг, ви маєте право на об'єктивне слухання (Fair Hearing). Для направлення запиту на слухання ви маєте 90 днів з моменту одержання негативної відповіді на ваше прохання щодо відмови від надання послуг. Ви можете вимагати об'єктивного слухання, написавши до офісу вашого місцевого відділення Обслуговування Домів та Спільнот, місцевого Агентства з питань престарілих, або за адресою: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.