

Заявление о добровольном участии Voluntary Participation

Программа альтернативных услуг на дому и по районному месту жительства (HCBS Waiver program) и программа Community First Choice (CFC) функционируют в соответствии с разделами 1915(c) и 1915(k) Закона о социальном обеспечении (Social Security Act) и позволяет штатам предлагать лицам, имеющим право на льготы Medicaid, услуги по районному месту жительства во избежание помещения таких лиц на долгосрочное проживание в стационарные учреждения. Получатели альтернативных услуг по программе HCBS Waiver должны пройти обследование на соответствие критериям уровня обслуживания, предоставляемого учреждением промежуточного ухода для лиц с отставанием в интеллектуальном развитии (ICF/IID). Получатели обслуживания по программе CFC должны пройти обследование на соответствие критериям уровня обслуживания ICF/IID или уровня обслуживания учреждения с медсестринским обслуживанием (Nursing Facility Level of Care, NFLOC). Лица, которые отвечают критериям для получения услуг этого уровня, могут выбрать альтернативные услуги по программам HCBS Waiver или CFC в качестве альтернативы помещению в стационарное учреждение, находящееся в ведомстве штата.

_____ утверждено предоставление альтернативных услуг по районному месту жительства по следующим программам альтернативных услуг HCBS Waiver и/или CFC:

- Basic Plus Waiver (Базовая-плюс)
- Children Intensive In-Home Behavioral Supports (CIIBS) Waiver
(Программа интенсивной психологической поддержки на дому для детей)
- Core Waiver (Основная)
- Community Protection Waiver (Защита окружающих)
- Программа индивидуального и семейного обслуживания обслуживания Waiver (IFS)
- Программа Community First Choice

Если вы решите получать альтернативные услуги на территории общины, поставьте здесь свою подпись:

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА

ИЛИ

Если вы получили информацию о вариантах услуг по районному месту жительства и предпочитаете получать услуги в стационарном учреждении, поставьте подпись, пожалуйста, здесь:

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА

Если вы или ваш официальный опекун предпочтёте помещение в стационарное учреждение, то ваш куратор предоставит вам информацию о протоколе приёма в учреждение.