



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION
HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES (HCBS)
HCBS 另选安置计划批准通知函
HCBS Waiver Approval Notification
Date

尊敬的 _____ :

发育性残疾服务管理处(DDA)于 _____ 批准了您对加入 _____ 另选安置计划的申请。

我能期待什么?

一位个案管理员将会给您打电话说明加入 _____ 另选安置计划的后续步骤。

我该知道什么?

要完成流程获得另选安置计划，您必须有资格获得长期照护 Medicaid。您的个案管理员将会帮助您申请。来自 DDA 长期照护部门的某人可能会联络您来完成此资格流程。

接受另选安置计划的选择权在您，因此您的个案管理员将会要求您签署一份自愿参与表格。签署此表格旨在告知 DDA，您选择在社区中接受另选安置计划服务。

我何时能够获得服务?

您的 DDA 评估记录了您所有的支持需求，而您的以人为本的服务计划则记录了您的服务。在您的另选安置计划开始之前，您的个案管理员将会要求您签署您的以人为本的服务计划。

当您加入 _____ 另选安置计划后，您的个案管理员将会帮助您获得您所需的服务。随附的小册子中列出了您可用的服务。

我能够联络谁?

欲知详情，您可以联络为您指定的个案管理员， _____ ，于 _____ 或者 _____ 。

随函附件：