



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION
HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES (HCBS)

**Уведомление о подтверждении участия в альтернативной
программе HCBS**

HCBS Waiver Approval Notification
Date

Уважаемый(-ая) _____ :

На момент _____ Администрация по делам лиц с инвалидностью вследствие пороков развития (DDA) утвердила вашу заявку на участие в альтернативной программе _____ .

Что стоит ожидать от этого?

Курирующий вас менеджер по уходу позвонит вам, чтобы объяснить следующие шаги, необходимые для регистрации в альтернативной программе _____ .

Что мне нужно знать?

Чтобы завершить процесс регистрации в альтернативной программе, вы должны отвечать требованиям программы долгосрочного ухода Medicaid (Long Term Care Medicaid). Курирующий вас специалист поможет вам подать заявку. С вами может связаться сотрудник отдела долгосрочной поддержки DDA, чтобы завершить процесс выяснения вашего соответствия установленным требованиям.

Принятие участия в альтернативной программе — это ваш личный выбор, поэтому курирующий вас специалист попросит вас заполнить форму о добровольном участии в программе. Подписав эту форму, вы тем самым сообщаете DDA о том, что предпочитаете получать услуги в рамках альтернативной программы по месту жительства.

Когда я смогу получать услуги?

В процессе выявления вашего соответствия требованиям DDA будут установлены все ваши потребности, а ваш персональный план обслуживания будет включать все необходимые для вас услуги. Курирующий вас менеджер по уходу попросит вас подписать персональный план обслуживания перед тем, как вы официально будете зарегистрированы в альтернативной программе.

После того, как вы станете участником альтернативной программы _____ , курирующий вас менеджер по уходу поможет вам получать все необходимые услуги. В прилагаемой к этому письму брошюре перечислены услуги, которые будут доступны для вас.

К кому я могу обратиться?

Для получения дополнительной информации свяжитесь с курирующим вас менеджером по уходу, _____ , по номеру _____ или _____ .

Приложение: