



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

Повідомлення про узгодження реєстрації в альтернативній програмі HCBS Waiver
HCBS Waiver Approval Notification

Date

Client Name and Address

Client Representative Name and Address

Шановний(а) _____ :

Адміністрація у справах осіб з інвалідністю внаслідок вад розвитку (Developmental Disabilities Administration, DDA) узгодила ваш запит щодо реєстрації в альтернативній програмі _____ .

Що мені очікувати?

Вам зателефонує ваш куратор досьє і надасть пояснення щодо подальших етапів у рамках реєстрації в альтернативній програмі _____ .

Що мені потрібно знати?

Щоб завершити процес реєстрації в альтернативній програмі у вас має бути право на довгострокове обслуговування у режимі Long Term Care Medicaid. Ваш куратор досьє допоможе вам подати відповідний запит. До вас можуть звернутися співробітники служби тривалого догляду Адміністрації DDA, щоб фіналізувати процес встановлення наявності у вас відповідних прав.

Участь в альтернативній програмі є добровільним, тож ваш куратор досьє запропонує вам підписати форму добровільного учасника. Підписання такої форми означатиме для Адміністрації DDA, що ви бажаєте отримувати обслуговування за альтернативною програмою, мешкаючи у громаді.

Коли я зможу отримувати послуги?

Оцінка Адміністрації DDA передбачає документування даних про всі ваші потреби щодо підтримки; дані про обслуговування документуються у вашому плані догляду. Ваш куратор досьє запропонує вам підписати індивідуальний план обслуговування до початку альтернативної програми.

Після вашої реєстрації в альтернативній програмі _____ , ваш менеджер досьє допоможе вам отримати потрібні вам послуги. У брошурі, що додається перелічені послуги, які будуть вам доступні.

До кого я можу звертатися?

Щоб отримати додаткову інформацію, звертайтеся до призначеного вам куратора досьє, _____ ,
або _____ .

Додаток: