



AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION

ສັນຍາການບໍລິການປີນປົວ **Fast Track**
Fast Track Service Agreement

ຊື່ຂອງລູກຄ້າ
ເລກ ACES ID

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການບໍລິການປີນປົວຮະຍະຍາວທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບ (ຖືກຫມາຍໃສ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້) ແມ່ນຊົ່ວຄາວລໍຖ້າເງື່ອນໄຂຮັບເອົາທາງດ້ານການເງິນ **Medicaid** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ອາດຈະຖືກອະນຸມັດໃຫ້ໄດ້ຢ່າງສູງສຸດເປັນເວລາ **90** ວັນ.

- Community First Choice (CFC)** **Medicaid Personal Care (MPC)**
- CFC ແລະ COPEs** **Residential Support Waiver**

ວັນທີເລີ່ມຕົ້ນຂອງການບໍລິການ: _____ ວັນທີຈົບລົງຂອງການບໍລິການ: _____

ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງເຫັນພ້ອມທີ່ຈະຮ້ອງຂໍເອົາ **Medicaid** ກ່ອນວັນທີ _____ (**10** ວັນຈາກວັນທີເລີ່ມຕົ້ນຂອງການປີນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ). ຄວາມເພີດເພີງທີ່ຈະຮ້ອງຂໍເອົາ **Medicaid** ຈະມີຜົນເຖິງການຕັດການບໍລິການປີນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງຂໍເອົາ **Medicaid** ແຕ່ວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບໃບຮະຫວ່າງຮະຍະຍາວເວລາທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກອະນຸມັດການບໍລິການປີນປົວຜ່ານໂຄງການ **Fast Track**, ການບໍລິການປີນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະຢຸດ **10** ວັນຫລັງຈາກທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບໃບຮຽງການຂອງການປະຕິເສດ **Medicaid**.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຜູ້ຈັດການເອກສານຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ເຮັດເງິນຈ່າຍເກີນຂຶ້ນມາສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການປີນປົວທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບໃບຮະຫວ່າງຮະຍະຍາວເວລາທີ່ **Fast Track** ຖືກອະນຸມັດໃຫ້. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ເມື່ອອອດເວລາການເສັຽຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການປີນປົວເຫລົ່ານີ້ແລະ ການປີນປົວໃນອະນາຄົດທຸກໆຢ່າງ ອາດຈະຖືກກອບກູ້ເອົາຄືນຈາກມູນມໍຣະດົກ. (ຈົ່ງເບິ່ງກົດຫມາຍ **WAC 182-527-2742** ສຳລັບການປີນປົວທີ່ຕ້ອງມີການກອບກູ້ເອົາຄືນຈາກມູນມໍຣະດົກ.)

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າການປ່ຽນແປງໃນຈຳນວນເງິນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຈ່າຍໄປໃສ່ຄ່າຂອງການປີນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ສ່ວນເຂົ້າຮ່ວມນຳ) ອາດຈະຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ມີເມື່ອເວລາເງື່ອນໄຂຮັບເອົາທາງດ້ານການເງິນໄດ້ຖືກພິຈາຣະນາຄິດໄລ່ເບິ່ງ. ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກພົບວ່າມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບທາງດ້ານການເງິນ, ການບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະດຳເນີນຕໍ່ໄປຈົນກວ່າການປະເມີນຜົນ **CARE** ເທື່ອຫນ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງພະນັກງານ	ວັນທີ
ຫ້ອງການ	