

**Ծառայությունների Ծանոթացում**  
**Acknowledgement of Services**

ԴԻՄՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ		ACES ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ID ՀԱՄԱՐ
<p>Տնային և Համայնքային Ծառայությունների ծրագրերը հնարավորություն են տալիս ընտրողունակ անձանց՝ համայնքում ստանալու Medicaid ծառայությունները՝ ինստիտուցիոնալ ծառայությունների փոխարեն:</p> <p>Տնային և Համայնքային Ծառայությունների ծրագրերը հետևյալն են՝</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Համայնքի Առաջին Ընտրություն (Community First Choice (CFC))</li> <li>• Տնային Խնամքի Ծրագրից Հրաժարում (COPES Waiver)</li> <li>• Քաղաքացիների Աջակցության Ծրագրից Հրաժարում (Residential Support Waiver (RSW))</li> <li>• Անհատական տնային խնամքի ծրագրից հրաժարում (New Freedom Waiver)</li> <li>• Medicaid-ի Այլընտրանքային խնամք (Medicaid Alternative Care (MAC))</li> </ul> <p><b>Ես նախընտրում եմ ծառայություններ ստանալ Տնային և Համայնքային Ծառայությունների ծրագրի շրջանակում՝ տնային խնամքի ծրագրի փոխարեն:</b></p>		
ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ		ԱՄՍԱԹԻՎ
ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	<input type="checkbox"/> Խնամող <input type="checkbox"/> Ներկայացուցիչ	ԱՄՍԱԹԻՎ
ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏՈՂԻ/ԳՈՐԾԻ ԿԱՌԱՎԱՐԻՉԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ		ԱՄՍԱԹԻՎ
ԳՈՐԾԱԿԱԼՈՒԹՅՈՒՆ	ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐ (ՆԵՐԱՌՅԱԼ ՏԱՐԱԾՔԱՅԻՆ ԿՈՂԸ)	
<p>Ստորև ներկայացված են արդարացի լսման Ձեր իրավունքները՝</p> <p>Եթե Ձեզ մերժում են Տնային և Համայնքային Ծառայությունների ծրագրում մասնակցությունը, ապա Դուք ունեք Արդարացի Լսման իրավունք: Ծառայությունները մերժելու օրվանից սկսած Դուք ունեք 90 օր լսումը հայցելու համար: Դուք կարող եք հայցել Արդարացի Լսում՝ գրելով Ձեր Տնային և Համայնքային Ծառայությունների ծրագրի Ձեր տեղամասային գրասենյակ, Ծերության հարցերով զբաղվող տեղամասային գրասենյակ (Area Agency on Aging), կամ գրելով՝</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>		