

Pranimi i Shërbimeve Acknowledgement of Services

| | | |
|--|--|--|
| EMRI I KËRKUESIT | | NUMRI I IDENTIFIKIMIT I KLIENTIT TË ACES |
| <p>Programet e Shërbimeve me Bazë në Shtëpi dhe Komunitet ofrojnë mundësinë që individët që kualifikohen të marrin shërbime të Medicaid në komunitet në vend të shërbimeve institucionale.</p> <p>Programet e Shërbimeve me Bazë në Shtëpi dhe Komunitet janë:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Community First Choice (CFC) • COPES Waiver • Residential Support Waiver (RSW) • New Freedom Waiver • Medicaid Alternative Care (MAC) <p>Zgjedh të marr shërbime sipas një programi të Shërbimeve me Bazë në Shtëpi dhe Komunitet në vend të kujdesit në një shtëpi të kujdesit.</p> | | |
| FIRMA E KLIENTIT | | DATA |
| FIRMA E PËRFAQËSUESIT | <input type="checkbox"/> Kujdestari <input type="checkbox"/> Përfaqësuesi | DATA |
| FIRMA E PUNONJËSIT SOCIAL/ADMINISTRATORIT TË RASTIT | | DATA |
| AGJENCIA | NUMRI I TELEFONIT (PERFSHIRE KODIN E ZONËS) | |
| <p>Më poshtë janë të drejtat tuaja për një seancë të drejtë:</p> <p>Nëse ju janë mohuar shërbime me Bazë në Shtëpi dhe Komunitet, keni të drejtën të kërkonti një Seancë të drejtë. Keni 90 ditë nga data që shërbimet janë mohuar për të kërkuar një seancë. Mund të kërkonti një Seancë të drejtë duke shkruar tek zyra juaj vendore e Seksionit të Shërbimeve në Shtëpi dhe Komunitetit, Agjencia vendore e Zonës për të Moshuarit ose duke shkruar tek:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p> | | |