

Potvrda o primitku Acknowledgement of Services

| | | |
|---|--|----------------------------|
| IME I PREZIME PODNOSITELJA ZAHTJEVA | | ID BROJ KLIJENTOVOG ACES-a |
| <p>Programi Home and Community Based Service (Služba za socijalne usluge i kućnu njegu) pojedincima koji ispunjavaju kriterije podobnosti nude mogućnost primanja Medicaid usluga u zajednici umjesto u institucionaliziranim službama.</p> <p>Programi Home and Community Based Service su:</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>Izabrao/la sam da primam usluge iz programa Home and Community Based (Socijalne usluge i kućna njega) umjesto njege u domu za stare i nemoćne.</p> | | |
| POTPIS KLIJENTA | | DATUM |
| POTPIS ZASTUPNIKA | <input type="checkbox"/> Staratelj <input type="checkbox"/> Zastupnik | DATUM |
| POTPIS SOCIJALNOG RADNIKA/SLUŽBENIKA ZA UPRAVLJANJE PREDMETOM | | DATUM |
| AGENCIJA | BROJA TELEFONA (NAVESTI POZIVNI BROJ) | |
| <p>U nastavku su navedena vaša prava na pravedno saslušanje:</p> <p>Ako ste dobili odbijenicu za korištenje usluga Home and Community Based, imate pravo zahtijevati pravedno saslušanje. Imate na raspolaganju 90 dana od datuma odbijanja usluga da zatražite saslušanje. Pravedno saslušanje možete zatražiti pismenim putem, pri čemu dopis trebate nasloviti na kancelariju Home and Community Services Division, lokalnu agenciju Area Agency on Aging, ili pismenim putem uputiti zahtjev na:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p> | | |

