



AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION  
HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES

服务确认

Acknowledgement of Services

申请人姓名	ACES 服务接受者身份识别号码
-------	------------------

家庭与社区安置服务计划为符合条件者提供机会，使他们能获得医疗辅助方案服务，而这些服务是防止制度化的必要措施。这些服务是根据医疗保险方案和医疗辅助方案服务中心所批准的医疗辅助方案另选计划 1915(c)、医疗辅助方案转变计划示范 (MTPD) 另选计划或州计划方案 1915(k) 提供的。这些服务的接受者经该部门评估后被确认为有资格获得疗养院护理服务，但却愿意留在家里或社区住宿看护服务设施（例如成人之家或寄宿之家）。

本人已得知可供我选择的服务，并已选择接受由下列家庭与社区安置服务计划提供的服务，而非疗养院护理服务：

- 社区首选 (1915k) 计划和/或，需要额外服务时，COPES 1915 (c) 另选计划
- 住宿看护支持另选计划 (1915c) 和需要额外服务时社区首选 (1915k)
- 新自由另选计划 (1915c)
- 医疗辅助方案替代照护 (MAC) 计划 (MTPD)

个案当事人签名	日期
---------	----

代表之签名	<input type="checkbox"/> 监护人 <input type="checkbox"/> 代表	日期
-------	-------------------------------------------------------------	----

社会工作人员/个案管理人员签名	日期
-----------------	----

机构名称	电话号码（请包括区域号码）
------	---------------

以下是您请求举行公平听证会的权利：如果您请求获得另选计划服务的申请被拒绝，或者请求获得您所选择的另选计划服务的申请被拒绝，您有权提出举行一次公平听证会的请求。从您的服务申请被拒绝之日起，您有(90)天的时间提出举行听证会的请求。您可以书面形式向家庭与社区服务处(Home and Community Services Division office)的当地办事处、耆英地区办事处(Area Agency on Aging) 提出举行一次公平听证会的请求，或者至函: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.