

Reconnaissance des services Acknowledgement of Services

NOM DU DEMANDEUR	NUMÉRO D'IDENTIFIANT CLIENT ACES	
<p>Les programmes des Services à domicile et communautaires offrent aux personnes éligibles l'opportunité de bénéficier des services Medicaid au sein de leur communauté plutôt que de services en institution.</p> <p>Les programmes des Services à domicile et communautaires sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services communautaires de premier choix (Community First Choice, CFC) • Dispense COPES (COPES Waiver) • Dispense d'assistance à domicile (Residential Support Waiver, RSW) • Dispense New Freedom (New Freedom Waiver) • Programme de soins alternatifs Medicaid (Medicaid Alternative Care, MAC) <p>J'ai décidé de recevoir des services via un programme des Services à domicile et communautaires plutôt que via un établissement de soins.</p>		
SIGNATURE DU CLIENT	DATE	
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT	<input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Représentant	DATE
SIGNATURE DE L'ASSISTANT(E) SOCIAL(E)/DU RESPONSABLE DU DOSSIER	DATE	
AGENCE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (AVEC INDICATIF)	
<p>Retrouvez ci-dessous vos droits à une audience équitable :</p> <p>Si l'on vous refuse les services à domicile et communautaires, vous avez le droit de demander une audience équitable. Vous disposez de 90 jours à compter du refus des services pour demander une audience. Vous avez le droit de demander une audience équitable en envoyant un courrier à votre division des Services à domiciles et communautaires, votre Agence locale des services aux personnes âgées, ou à :</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>		