

सेवाओं की स्वीकृति
Acknowledgement of Services

आवेदनकर्ता का नाम		ACES क्लाइंट आईडी नंबर
<p>घर और समुदाय आधारित सेवा प्रोग्राम पात्र व्यक्तियों को संस्थाकीय सेवाओं के स्थान पर Medicaid सेवाओं को समुदाय में प्राप्त करने देता है।</p> <p>घर और समुदाय आधारित सेवा कार्यक्रम हैं:</p> <ul style="list-style-type: none"> कम्युनिटी फर्स्ट चॉइस (CFC) COPEs वेइवर रेसिडेन्शियल सपोर्ट वेइवर (RSW) न्यू फ्रीडम वेइवर Medicaid ऑल्टर्नेटिव केयर (MAC) <p>में नर्सिंग होम में देखभाल के स्थान पर किसी घर और समुदाय आधारित प्रोग्राम के तहत सेवाएं प्राप्त करना चुनता/चुनती हूँ।</p>		
क्लायंट के हस्ताक्षर		तिथि
प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	<input type="checkbox"/> अभिभावक <input type="checkbox"/> प्रतिनिधि	तिथि
सोशल वर्कर/केस मैनेजर के हस्ताक्षर		तिथि
एजेन्सी	टेलीफोन नंबर (एरिया कोड शामिल करें)	
<p>नीचे एक निष्पक्ष सुनवाई के आपके अधिकार हैं:</p> <p>यदि आपको घर और समुदाय आधारित सेवाएं प्रदान करने से इन्कार किया जाए तो आपको निष्पक्ष सुनवाई की माँग करने का अधिकार है। आपके पास सुनवाई की माँग करने के लिए सेवाओं से इन्कार किया जाए उस तिथि से 90 दिन हैं। आप निष्पक्ष सुनवाई की माँग अपने स्थानीय होम एंड कम्युनिटी सर्विसिज डिविज़न कार्यालय को पत्र लिख करे, स्थानीय क्षेत्र एजेन्सी ऑन एजिंग को पत्र लिख कर या फिर यहाँ पत्र लिख कर कर सकते/सकती हैं:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>		