

## Pengakuan Layanan Acknowledgement of Services

NAMA PEMOHON		NOMOR ID KLIEN ACES	
<p>Program Layanan Berbasis Rumah dan Komunitas menawarkan kesempatan bagi individu yang memenuhi syarat untuk menerima layanan Medicaid di komunitas daripada layanan institusional.</p> <p>Program Layanan Berbasis Rumah dan Komunitas adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Community First Choice (CFC)</li> <li>• COPEs Waiver</li> <li>• Residential Support Waiver (RSW)</li> <li>• New Freedom Waiver</li> <li>• Medicaid Alternative Care (MAC)</li> </ul> <p><b>Saya memilih untuk menerima layanan di bawah program Berbasis Rumah dan Komunitas daripada perawatan di panti jompo.</b></p>			
TANDA TANGAN KLIEN		TANGGAL	
TANDA TANGAN PERWAKILAN	<input type="checkbox"/> Wali <input type="checkbox"/> Perwakilan	TANGGAL	
TANDA TANGAN PEKERJA SOSIAL/MANAGER KASUS		TANGGAL	
AGENSI		NOMOR TELEPON (BESERTA KODE WILAYAH)	
<p>Di bawah ini adalah hak-hak Anda untuk pengajuan banding:</p> <p>Jika permohonan layanan Rumah dan Layanan Berbasis Komunitas Anda ditolak, Anda berhak untuk mengajukan banding. Anda memiliki 90 hari sejak tanggal layanan yang ditolak untuk mengajukan banding. Anda dapat mengajukan Banding dengan mengirim surat ke kantor Divisi Layanan Rumah dan Komunitas setempat, Agensi Area setempat tentang Lansia, atau dengan mengirim surat ke:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>			