

サービスについての確認事項

申請者氏名		ACESクライアントID番号：
<p>家庭およびコミュニティサービスプログラムは、対象となる方が施設ではなく、コミュニティでMedicaidサービスを受ける機会を提供するものです。</p> <p>この家庭およびコミュニティサービスプログラムは：</p> <ul style="list-style-type: none"> • Community First Choice (コミュニティファーストチョイス, CFC) • COPES権利放棄 • Residential Support Waiver (住宅支援権利放棄, RSW) • New Freedom Waiver (新しい自由権利放棄) • Medicaid Alternative Care (Medicaid代替医療, MAC) <p>私は、老人ホームの介護ではなく、家庭およびコミュニティに基づくプログラムのサービスを受けることを選択します。</p>		
クライアントの署名		日付
代理人の署名	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 代理人	日付
ソーシャルワーカー/ケースマネージャーの署名		日付
機関名	電話番号 (市外局番を含む)	
<p>以下は、行政上の審問を受ける権利です：</p> <p>家庭およびコミュニティサービスを拒否した方には、行政上の審問を要求する権利があります。サービスを拒否した日から90日以内に、審問を要求することができます。あなたは、地元のHome and Community Services Division (家庭およびコミュニティサービス)の事務所、地元のArea Agency on Aging (地域高齢者機関)に手紙を書くことで、行政上の審問を要求することができます：</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>		