

ການຮັບຮູ້ນໍາການບໍລິການ
Acknowledgement of Services

ຊື່ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ	ເລກລູກຄ້າ ACES CLIENT ID	
<p>ໂຄງການບໍລິການຢູ່ຕາມເຮືອນ ແລະ ຊຸມນຸມຊົນເອົາໂອກາດໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບທີ່ຈະຮັບເອົາການບໍລິການປົນປົວ Medicaid ນຢູ່ໃນຊຸມນຸມຊົນແທນທີ່ການປົນປົວຢູ່ໂຮງພະຍາບານ.</p> <p>ໂຄງການບໍລິການຢູ່ຕາມເຮືອນ ແລະ ຊຸມນຸມຊົນແມ່ນ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ໂຄງການ Community First Choice (CFC) ການສະລະສິດ COPES Waiver ການສະລະສິດ Residential Support Waiver (RSW) ການສະລະສິດ New Freedom Waiver ໂຄງການ Medicaid Alternative Care (MAC) <p>ຂ້າພະເຈົ້າເລືອກເອົາທີ່ຈະຮັບເອົາການບໍລິການພາຍໃຕ້ໂຄງການບໍລິການຢູ່ຕາມເຮືອນ ແລະ ຊຸມນຸມຊົນແທນທີ່ວ່າຈະເອົາການປົນປົວຢູ່ເຮືອນຜູ້ເຖົ້າ.</p>		
ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ	ວັນທີ	
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ	<input type="checkbox"/> ຜູ້ປົກຄອງ <input type="checkbox"/> ຜູ້ຕາງໜ້າ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງພະນັກງານບໍລິການນັສັງຄົມ/ຜູ້ຈັດການເອກສານ	ວັນທີ	
ຫ້ອງການ	ເລກໂທຣະສັບ (ລວມທັງຣະຫັດເຂດ)	
<p>ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນສິດທິຂອງທ່ານໃນການຟັງຄວາມເປັນທັມ:</p> <p>ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຖືກປະຕິເສດການບໍລິການຢູ່ຕາມເຮືອນແລະຊຸມນຸມຊົນ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງຄວາມເປັນທັມໄດ້. ທ່ານມີເວລາ 90 ວັນຈາກວັນທີ່ການບໍລິການໄດ້ຖືກປະຕິເສດເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງ. ທ່ານຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງໄດ້ໂດຍການຂຽນຫນັງສືໄປຫາຫ້ອງການບໍລິການຢູ່ຕາມເຮືອນ ແລະ ຊຸມນຸມຊົນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ, ຫ້ອງການຜູ້ເຖົ້າທ້ອງຖິ່ນ, ຫລື ໂດຍການຂຽນຫນັງສືໄປຫາ:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>		

