

സേവനങ്ങളുടെ സ്ഥിരീകരണം

Acknowledgement of Services

അപേക്ഷകന്റെ പേര്		ACES ക്ലയന്റ് ഐഡി നമ്പർ
<p>സ്ഥാപനപരമായ സേവനങ്ങൾക്ക് പകരം കമ്മ്യൂണിറ്റിയിൽ Medicaid സേവനങ്ങൾ ലഭിക്കുന്നതിന് യോഗ്യതയുള്ള വ്യക്തികൾക്ക് ഹോം, കമ്മ്യൂണിറ്റി അധിഷ്ഠിത സേവന പ്രോഗ്രാമുകൾ അവസരം വാഗ്ദാനം ചെയ്യുന്നു.</p> <p>ഹോം, കമ്മ്യൂണിറ്റി അധിഷ്ഠിത സേവന പ്രോഗ്രാമുകൾ ഇവയാണ്:</p> <ul style="list-style-type: none"> • കമ്മ്യൂണിറ്റി ഫസ്റ്റ് ചോയിസ് (CFC) • COPEs വേവർ • റെസിഡൻഷ്യൽ സപ്പോർട്ട് വേവർ (RSW) • ന്യൂ ഫ്രീഡം വേവർ • Medicaid ആൾട്ടർനേറ്റീവ് കെയർ (MAC) <p>നേഴ്സിംഗ് ഹോം കെയറിനു പകരം ഒരു ഹോം, കമ്മ്യൂണിറ്റി അധിഷ്ഠിത സേവന പ്രോഗ്രാമിന് കീഴിൽ സേവനങ്ങൾ ലഭിക്കുന്നതിന് ഞാൻ തിരഞ്ഞെടുക്കുന്നു.</p>		
ക്ലയന്റിന്റെ ഒപ്പ്		തീയതി
പ്രതിനിധിയുടെ പേര്	<input type="checkbox"/> രക്ഷാകർത്താവ് <input type="checkbox"/> പ്രതിനിധി	തീയതി
സോഷ്യൽ വർക്കറുടെ/കേസ് മാനേജറുടെ ഒപ്പ്		തീയതി
ഏജൻസി	ടെലിഫോൺ നമ്പർ (ഏരിയ കോഡ് ഉൾപ്പെടുത്തുക)	
<p>നിയമാനുസൃത ഹിയറിംഗിനുള്ള നിങ്ങളുടെ അവകാശങ്ങൾ താഴെപ്പറയുന്നു:</p> <p>നിങ്ങൾക്ക് ഹോം, കമ്മ്യൂണിറ്റി അധിഷ്ഠിത സേവനങ്ങൾ നിരസിക്കപ്പെടുകയാണെങ്കിൽ, ഒരു നിയമാനുസൃത ഹിയറിംഗ് അഭ്യർത്ഥിക്കാൻ നിങ്ങൾക്ക് അവകാശമുണ്ട്. ഒരു ഹിയറിംഗ് അഭ്യർത്ഥിക്കാൻ സേവനങ്ങൾ നിരസിച്ച തീയതി മുതൽ 90 ദിവസത്തെ സമയം നിങ്ങൾക്കുണ്ട്. നിങ്ങളുടെ പ്രാദേശിക ഹോം ആൻഡ് കമ്മ്യൂണിറ്റി സർവീസസ് ഡിവിഷൻ ഓഫീസിലേക്കോ ഏജിംഗ് സംബന്ധിച്ച പ്രാദേശിക ഏരിയ ഏജൻസിയിലേക്കോ എഴുതിക്കൊണ്ട് അല്ലെങ്കിൽ ഇനിപ്പറയുന്നതിലേക്ക് എഴുതിക്കൊണ്ട് നിങ്ങൾക്ക് ഒരു നിയമാനുസൃത ഹിയറിംഗ് അഭ്യർത്ഥിക്കാം:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>		