

सेवाहरूको स्वीकृति

आवेदकको नाम	अटोमेटेड क्लाइन्ट एलिजिबिलिटी सिस्टम (ACES) सेवाग्राही आईडी नम्बर
<p>गृह तथा समुदायमा आधारित सेवा कार्यक्रमहरूले योग्य व्यक्तिहरूलाई संस्थागत सेवाहरूको सट्टामा समुदायमा Medicaid सेवाहरू प्राप्त गर्ने अवसर प्रदान गर्छन्।</p> <p>गृह तथा समुदायमा आधारित सेवा कार्यक्रमहरू यसप्रकार छन्:</p> <ul style="list-style-type: none">• Community First Choice (कम्युनिटी फर्स्ट चोइस, CFC)• COPEs वेभर• Residential Support Waiver (रेसिडेन्शियल सपोर्ट वेभर, RSW)• New Freedom (न्यू फ्रीडम) वेभर• Medicaid Alternative Care (मेडिकेड अल्टरनेटिभ केयर, MAC) <p>म नर्सिङ होम केयरको सट्टामा गृह तथा समुदायमा आधारित कार्यक्रम अन्तर्गतका सेवाहरू प्राप्त गर्ने छनोट गर्छु।</p>	
सेवाग्राहीको हस्ताक्षर	मिति
प्रतिनिधिको हस्ताक्षर	<input type="checkbox"/> अभिभावक <input type="checkbox"/> प्रतिनिधि
सामाजिक कार्यकर्ता/मामिला व्यवस्थापकको हस्ताक्षर	मिति
एजेन्सी	टेलिफोन नम्बर (क्षेत्रको कोडसहित)
<p>तल प्रशासनिक सुनुवाईका लागि तपाईंका अधिकारहरू उल्लिखित छन्:</p> <p>तपाईंलाई गृह तथा समुदायमा आधारित सेवाहरू अस्वीकार गरियो भने, तपाईंसँग प्रशासनिक सुनुवाई अनुरोध गर्ने अधिकार छ। तपाईंसँग सुनुवाई अनुरोध गर्नका लागि सेवाहरू अस्वीकार गरिएको मितिदेखि 90 दिनको समय हुन्छ। तपाईं आफ्नो स्थानीय Home and Community Services Division (गृह तथा समुदायमा आधारित सेवा विभाग) कार्यालय, स्थानीय Area Agency on Aging (एरिया एजेन्सी अन एजिङ) लाई पत्र लेखेर वा यसमा पत्र पठाएर प्रशासनिक सुनुवाई अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>	