

**Confirmação de prestação de serviços**  
**Acknowledgement of Services**

NOME DO REQUERENTE	NÚMERO DE ID DO CLIENTE/PROCESSO
--------------------	----------------------------------

Os programas do *Home and Community Service* oferecem a oportunidade a pessoas qualificadas de receber o atendimento específico necessário do Medicaid, evitando a institucionalização. Tais serviços são oferecidos ao abrigo da isenção do Medicaid da seção 1915(c), da isenção do *Medicaid Transformation Project Demonstration* (MTPD) ou da seção 1915(k) de anteposição de um Plano Estadual aprovada pelos Institutos para o Medicare e o Medicaid Services. São oferecidos, ademais, a pessoas avaliadas pelo departamento como habilitadas para o recebimento de atendimento de enfermagem domiciliar, mas que optam por permanecer em casa ou em um lar comunitário, como ambientes familiares para adultos ou centros habitacionais assistidos.

Fui informado quanto às minhas opções de serviços e optei por recebê-los nos termos do Programa de Serviços Comunitários e do Lar abaixo ao invés de um atendimento de enfermagem domiciliar:

- O programa *Community First Choice* (seção 1915(k)) e/ou, quando necessários outros serviços, a isenção do COPES (seção 1915(c))
- O *Residential Support Waiver* (seção 1915(c)) e serviços adicionais através do *Community First Choice* (seção 1915(k)), se necessários.
- New Freedom Waiver (seção 1915(c)).
- Programa *Medicaid Alternative Care* (MAC) (MTPD).

ASSINATURA DO CLIENTE	DATA
ASSINATURA DO REPRESENTANTE	<input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Representante DATA
ASSINATURA DO SUPERVISOR DO PROCESSO/ASSISTENTE SOCIAL	DATA
AGÊNCIA	NÚMERO DE TELEFONE (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)

Seguem abaixo os direitos concedidos a você para uma audiência equitativa:

Em casos de recusa a serviços de isenção ou aos serviços de isenção da sua escolha, é concedido o direito de solicitar uma Audiência equitativa. Você tem o período de noventa (90) dias a contar da data de recusa dos serviços para solicitar uma audiência. A solicitação poderá ser enviada por escrito ao departamento da *Home and Community Services (HCS) Division*, à *Area Agency on Aging* local ou para: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.