

Potwierdzenie prawa do świadczeń Acknowledgement of Services

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY		NUMER IDENTYFIKACYJNY KLIENTA ACES	
<p>Osoby uprawnione do korzystania z programów opieki domowej i społecznej mają możliwość otrzymania usług Medicaid w ramach społeczności w miejsce opieki instytucjonalnej.</p> <p>Programy opieki domowej i społecznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Community First Choice (CFC) • COPES Waiver • Residential Support Waiver (RSW) • New Freedom Waiver • Medicaid Alternative Care (MAC) <p>Zdecydowałem się skorzystać ze świadczeń w ramach programu opieki domowej i społecznej zamiast pobytu w domu opieki.</p>			
PODPIS KLIENTA		DATA	
PODPIS PRZEDSTAWICIELA	<input type="checkbox"/> Opiekun <input type="checkbox"/> Przedstawiciel	DATA	
PODPIS PRACOWNIKA SOCJALNEGO/OSOBY PROWADZĄCEJ SPRAWĘ		DATA	
AGENCJA	NUMER TELEFONU (W TYM NUMER KIERUNKOWY)		
<p>Poniżej przedstawiamy Państwa prawa do sprawiedliwego przesłuchania:</p> <p>Jeżeli Państwa wniosek o świadczenia w ramach programu opieki domowej i społecznej zostanie rozpatrzony negatywnie, mają Państwo prawo poprosić o sprawiedliwe przesłuchanie. O przesłuchanie można poprosić w terminie 90 dni od daty odrzucenia wniosku o świadczenia. Aby poprosić o sprawiedliwe przesłuchanie, należy zwrócić się na piśmie do miejscowego Biura ds. Opieki i Świadczeń Społecznych (Home and Community Services Division), miejscowej Agencji Seniorów (Area Agency on Aging) lub wysyłając pismo na adres:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>			