

Подтверждение уведомления об услугах Acknowledgement of Services

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES КЛИЕНТА
<p>Программы предоставления услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Based Service) предлагают лицам, имеющим соответствующее право, возможность получать услуги программы Medicaid по месту жительства вместо услуг в специализированном учреждении.</p> <p>К Программам предоставления услуг на дому и по месту жительства относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Программа Community First Choice (CFC) • Альтернативная программа COPEs Waiver • Альтернативная программа поддержки по месту жительства (Residential Support Waiver RSW) • Альтернативная программа New Freedom Waiver • Программа альтернативного ухода Medicaid (Medicaid Alternative Care, MAC) <p>Я решил (-а) получать услуги в рамках программы предоставления услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Based Service Program) вместо услуг дома-интерната для пожилых и инвалидов.</p>		
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА		ДАТА
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	<input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Представитель	ДАТА
ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА / КУРИРУЮЩЕГО МЕНЕДЖЕРА		ДАТА
ВЕДОМСТВО	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С КОДОМ ЗОНЫ)	
<p>Ниже приведена информация о в ваших правах на проведение беспристрастного слушания:</p> <p>Если вам отказано в предоставлении услуг на дому и по месту жительства, вы имеете право запросить о проведении беспристрастного слушания. Вы можете подать запрос на проведение слушания в течение 90 дней с даты отказа в предоставлении услуг. Письменный запрос о проведении беспристрастного слушания можно подать в местное Управление услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Services Division), Региональное агентство по делам пожилых лиц (Area Agency on Aging) или по адресу:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>		

