

Priznanje usluga
Acknowledgement of Services

IME I PREZIME PODNOSIOCA PRIJAVE	ID BROJ ACES KLIJENTA
----------------------------------	-----------------------

Programi Usluga na bazi doma i zajednice (Home and Community Based Service) nude mogućnost podobnim individuama da primaju Medicaid usluge u zajednici umesto institucionalizovanih usluga.

Programi Usluga na bazi doma i zajednice su:

- Community First Choice (CFC)
- COPES Waiver
- Smeštajna podrška Residential Support Waiver (RSW)
- New Freedom Waiver
- Alternativna Medicaid nega (Medicaid Alternative Care - MAC)

Biram da primam usluge u okviru programa Usluga na bazi doma i zajednice umesto nege u staračkom domu.

POTPIS KLIJENTA	DATUM
-----------------	-------

POTPIS PREDSTAVNIKA	<input type="checkbox"/> Staratelj <input type="checkbox"/> Predstavnik	DATUM
---------------------	----------------------------------------------------------------------------	-------

POTPIS SOCIJALNOG RADNIKA/MENADŽERA SLUČAJA	DATUM
---------------------------------------------	-------

AGENCIJA	BROJ TELEFONA (UKLJUČITI POZIVNI BROJ)
----------	----------------------------------------

Dole su navedena vaša prava na Administrativni pretres:

Ako ste odbijeni za Usluge na bazi doma i zajednice, imate pravo da zatražite Administrativni pretres (Administrative Hearing). Imate 90 dana od datuma odbijanja usluga da zatražite pretres. Administrativni pretres možete zatražiti pismeno od vaše lokalne kancelarije Uprave za usluge domovima i zajednici (Home and Community Services Division), lokalne Oblasne agencije za stare osobe (Area Agency on Aging) ili pišući na:

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489,
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES,
PO BOX 42489,
OLYMPIA WA 98504-2489.