

Potvrdenie služieb
Acknowledgement of Services

MENO ŽIADATEĽA	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO KLIENTA ACES
----------------	----------------------------------

Programy domácich a komunitných služieb (Home and Community Based Service) ponúkajú oprávneným jednotlivcom možnosť využívať namiesto inštitucionálnych služieb služby Medicaid poskytované v rámci komunity.

Programy Home and Community Based Service:

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

Rozhodol/rozhodla som sa, že namiesto domácej ošetrovateľskej starostlivosti budem poberať služby v rámci programu Home and Community Based Service.

PODPIS KLIENTA	DÁTUM
----------------	-------

PODPIS ZÁSTUPCU	<input type="checkbox"/> Opatrovník <input type="checkbox"/> Zástupca	DÁTUM
-----------------	--	-------

PODPIS SOCIÁLNEHO PRACOVNÍKA/KOORDINÁTORA PRÍPADU	DÁTUM
---	-------

AGENTÚRA	TELEFÓNNE ČÍSLO (VRÁTANE SMEROVÉHO ČÍSLA)
----------	---

Ďalej sa uvádzajú vaše práva na spravodlivé vypočutie:

Ak vám boli služby Home and Community Based Service zamietnuté, máte právo požiadať o spravodlivé vypočutie. Máte 90 dní odo dňa zamietnutia služieb na to, aby ste požiadali o vypočutie. O spravodlivé vypočutie môžete požiadať zaslaním písomnej žiadosti miestnej pobočke divízie Home and Community Services Division, miestnej agentúre Area Agency on Aging, alebo na adresu:

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