AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION
HOME AND COMMUNITY-BASED SERVICES

แจ้งการรับทราบเกี่ยวกับบริการ
Acknowledgement of Services

ชื่อผู้สมัคร	เลขรหัส ACES ของผู้รับบริการ

โครงการ Home and Community Based Service นำเสนอบริการสำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในการรับบริการ Medicaid ที่จำเป็นเพื่อหลีกเลี่ยงความยุ่งยากในการเข้ารับการดูแลในสถาบันทางการแพทย์ บริการนี้จัดขึ้นภายใต้ข้อสงวนสิทธิ์ 1915(c) Medicaid, ข้อสงวนสิทธิ์ Medicaid Transformation Project Demonstration (MTPD) หรือ 1915(k) State Plan Option ซึ่งรับรองโดย Centers for Medicaid Services and Medicaid Services บริการนี้จัดให้แก่ผู้ที่ผ่านการประเมินโดยหน่วยงานแล้วว่ามีคุณสมบัติตามที่กำหนดในการรับบริการดูแลที่บ้านและมีความประสงค์จะพักอาศัยที่บ้านพักหรือที่พักของชุมชนที่จัดไว้ เช่น บ้านพักผู้สูงอายุหรือสถานดูแล

ข้าพเจ้าได้รับแจ้งทางเลือกในการรับบริการของข้าพเจ้าและต้องการรับบริการต่อไปนี้จาก Home and Community Based Service Program ในการดูแลข้าพเจ้าจากที่พัก:

☐ บริการ Community First Choice (1915k) และ/หรือบริการ COPES 1915 (c) เพิ่มเติมตามความเหมาะสม

☐ Residential Support Waiver (1915c) และ Community First Choice (1915k) เพิ่มเติมตามความเหมาะสม

☐ New Freedom Waiver (1915c)

☐ บริการ Medicaid Alternative Care (MAC) (MTPD)

ลายมือชื่อผู้รับบริการ		วันที่
ลายมือชื่อตัวแทน	☐ **ผู้พิทักษ์** ☐ **ตัวแทน**	วันที่
ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์/ผู้ดูแลคดี		วันที่
หน่วยงาน	หมายเลขโทรศัพท์ (พร้อมรหัสพื้นที่)	

ต่อไปนี้คือสิทธิ์สำหรับท่านในการรับการไต่สวน:

หากท่านถูกปฏิเสธจากบริการ Waiver หรือถูกปฏิเสธจากบริการ Waiver ที่ท่านเลือก ท่านมีสิทธิ์ขอรับการไต่สวนเพื่อพิจารณารายละเอียดต่าง ๆ ท่านมีเวลา 90 วันจากวันที่ถูกปฏิเสธบริการในการขอให้มีการไต่สวน ท่านสามารถแจ้งขอให้มีการไต่สวนโดยส่งจดหมายถึง Home and Community Services Division ที่ให้บริการในพื้นที่หน่วยงานกำกับดูแลในพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุหรือส่งจดหมายไปที่: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489