

การรับทราบบริการ

ชื่อผู้ยื่นขอบริการ		เลขประจำตัวลูกค้า ACES	
<p>โปรแกรมบริการที่บ้านและชุมชนเสนอโอกาสให้ผู้ที่มีสิทธิ์ได้รับบริการ Medicaid ในชุมชนแทนที่การบริการที่สถาบัน</p> <p>โปรแกรมบริการที่บ้านและชุมชนคือ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Community First Choice (ตัวเลือกแรกของชุมชน, CFC) • ผู้สละสิทธิ์ COPEs • Residential Support Waiver (ผู้สละสิทธิ์การสนับสนุนที่พักอาศัย, RSW) • ผู้สละสิทธิ์ New Freedom (อิสระใหม่) • Medicaid Alternative Care (การดูแลทางเลือก Medicaid, MAC) <p>ข้าพเจ้าเลือกรับบริการภายใต้โปรแกรมที่บ้านและชุมชนแทนที่การดูแลในสถานบริบาล</p>			
ลายเซ็นของลูกค้า		วันที่	
ลายเซ็นของผู้แทน	<input type="checkbox"/> ผู้ปกครอง <input type="checkbox"/> ผู้แทน	วันที่	
ลายเซ็นของเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์/ผู้จัดการเคส		วันที่	
หน่วยงาน		หมายเลขโทรศัพท์ (ระบุรหัสพื้นที่)	
<p>ด้านล่างคือสิทธิของคุณในการรับฟังความเห็นเกี่ยวกับการจัดการ:</p> <p>หากคุณปฏิเสธบริการที่บ้านและชุมชนคุณมีสิทธิ์ที่จะขอการรับฟังความเห็นเกี่ยวกับการจัดการ คุณมีเวลา 90 วันนับตั้งแต่วันที่บริการถูกปฏิเสธเพื่อขอการรับฟังความเห็น</p> <p>คุณอาจขอการรับฟังความเห็นการจัดการได้โดยการเขียนจดหมายถึงสำนักงาน Home and Community Services Division (แผนกบริการที่บ้านและชุมชน), Area Agency on Aging (หน่วยงานท้องถิ่นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ) ประจำพื้นที่ของคุณหรือเขียนจดหมายส่งไปที่:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>			