

**Підтвердження обслуговування**  
**Acknowledgement of Services**

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ЗАЯВНИКА		ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА В ПРОГРАМІ ACES	
<p>Програми обслуговування на дому або в спільноті пропонують можливість для відповідних осіб отримувати медичне обслуговування Medicaid за місцем мешкання, а не в спеціалізованих установах.</p> <p>Пропонуються такі Програми обслуговування на дому або в спільноті:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Community First Choice (CFC)</li><li>• Альтернативна програма COPEs Waiver</li><li>• Альтернативна програма Residential Support Waiver (RSW)</li><li>• Альтернативна програма New Freedom Waiver</li><li>• Medicaid Alternative Care (MAC)</li></ul> <p><b>Я обираю отримання послуг у рамках Програми обслуговування на дому або в спільноті, замість будинку престарілих з медсестринським обслуговуванням:</b></p>			
ПІДПИС КЛІЄНТА		ДАТА	
ПІДПИС ПРЕДСТАВНИКА		<input type="checkbox"/> Опікун <input type="checkbox"/> Представник	ДАТА
ПІДПИС СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА/МЕНЕДЖЕРА У СПРАВІ		ДАТА	
ОРГАНІЗАЦІЯ		НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКАЖІТЬ КОД РЕГІОНУ)	
<p>Нижче вказані ваші права на адміністративне слухання:</p> <p>Якщо ви отримаєте негативну відповідь на ваше прохання щодо отримання послуг на дому або в спільноті, ви маєте право на адміністративне слухання. Для направлення запиту на слухання ви маєте 90 днів з моменту одержання негативної відповіді на ваше прохання щодо відмови від надання послуг. Ви можете вимагати адміністративного слухання, написавши до офісу вашого місцевого відділення Обслуговування Домів та Спільнот, місцевого Агентства з питань престарілих, або за адресою:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>			