多用途長者服務計劃申請表

MSSP 站點：_____

申請人姓名：_____

加州醫療補助計劃 (Medi-Cal) ID：_____ 電話：_____

街道地址：_____

城市/州/郵遞區號：_____

我正在申請參加多用途長者服務計劃 (MSSP)。我同意與 MSSP 員工合作，他們將確定我是否有資格參加該計劃，如果我被接納，他們將與我合作以獲得我所需的社會和健康服務。

如果我符合資格並選擇參加，我理解：

- 我可以隨時改變主意、退出本計劃，並決定繼續居住在我目前所在地點。我不會被迫改變我的生活安排。
- 被解除或自願退出 MSSP 不會影響我有資格享受的其他醫療或社會福利。
- MSSP 是入住療養院的替代方案。我更願意參加 MSSP 並留在家裡。
- 我不需要回答任何與確定我將要接受的服務無關的問題。
- 我將參與決定我所需服務的過程。我將收到有關我將獲得的服務以及這些安排後續所做的任何變更的通知。
- MSSP 員工將追蹤代表我提交聯邦醫療保險（Medicare）、Medi-Cal 和社會服務所有的索賠。
- 我的 MSSP 個案記錄中的所有資訊都是保密的。這包括健康資訊和非健康資訊。經我授權披露的非健康資訊，僅供 MSSP 的工作人員和顧問、為我提供服務的員工（包括我的管理式醫療保健計劃），以及法律另有規定允許取得該等資訊的人員查閱。
- 我授權提供給 MSSP 的健康資訊將按照《健康保險可攜性和責任法案》(HIPAA) 的要求保密。我確認 MSSP 站點已向我提供了 HIPAA 隱私慣例通知。

- 與我接受的其他 Medi-Cal 長期護理服務一樣，由於 MSSP 也由 Medi-Cal 資助，所以在我去世後，州政府也可能從我的遺產中尋求補償這些服務。
- 我有權選擇由 MSSP 或我選擇的其他符合資格的機構向我提供個案管理和服務。
- 只要有聯邦和州政府資金，我才會接受 MSSP 服務。此外，在下列情況下，我將不再符合 MSSP 的資格：為我提供服務的費用超過為我的護理編列的預算金額；MSSP 認定我已無法繼續從相關服務中獲益；我將被安置至機構接受護理的風險已不復存在；或者我不再符合 Medi-Cal 福利資格，或者我拒絕配合或無法遵守本計劃的各項要求，例如接受規定的居家訪視。
- 如果我的參與申請被拒絕，如果我被退出該計劃，或者如果我對我收到的服務不滿意，我可以請求舉行州公平聽證會。

我目前關於 MSSP 的所有疑問都已得到充分解答。如果還有其他問題，我應聯絡：

MSSP 員工：_____ 電話：_____

申請人簽名：_____ 日期：_____

我已經解釋了 MSSP 以及要求申請人參與的性質。我已經回答了申請人或代表該申請人提問的人員提出的有關 MSSP 的問題。我已向申請人提供本表格副本、《參與者權利》副本，以及加州社會服務處的通知《您在加州公共福利計劃下享有的權利》。

我特此見證上述簽名：

MSSP 簽名：_____ 日期：_____

申請人於以下日期收到此表格的副本：_____