Ապաինստիտուցիոնալացման ծառայությունների խնդրանք

MSSP կենտրոն՝ _____

Դիմորդի անունը՝ _____

Medi-Cal ID՝ _____ Հեռախոս՝ _____

Հասցե՝ _____

Քաղաք/Նահանգ/Փոստային կոդ՝_____

Ես օգնություն եմ խնդրում հաստատությունում ապրելուց համայնքում ապրելուն անցնելու հարցում: Մասնավորապես, ես ծառայություններ եմ խնդրում Տարեցների համար Բազմաֆունկցիոնալ ծառայությունների ծրագրից (MSSP): Ես հասկանում եմ, որ՝

- Ես կարող եմ ցանկացած պահի փոխել միտքս, դուրս գալ ծրագրից և որոշել շարունակել ապրել այնտեղ, որտեղ հիմա եմ: Ես ստիպված չեմ լինի որևէ փոփոխություն կատարել իմ կենսապայմաններում:

- Այս անցումային ծառայություններից դուրս գրվելը կամ կամավոր դուրս գալը չի ազդի այլ բժշկական կամ սոցիալական նպաստների վրա, որոնք ես իրավասու եմ ստանալու:

- Ես կմասնակցեմ ինձ անհրաժեշտ անցումային ծառայությունները որոշելու գործընթացին: Ես կտեղեկացվեմ ստացվելիք ծառայությունների և այդ պայմանավորվածություններում հետագա ցանկացած փոփոխության մասին:

- Ես պարտավոր չեմ պատասխանել որևէ հարցի, որը կապ չունի ինձ համար ստացվելիք ծառայությունների որոշման հետ:

- Իմ MSSP գործի գրանցամատյանում առկա բոլոր տեղեկությունները գաղտնի են: Այն կտեսնեն միայն MSSP-ի աշխատակիցներն ու խորհրդատուները, ինձ ծառայություններ մատուցողները (ներառյալ իմ կառավարվող խնամքի առողջապահական ծրագիրը) և օրենքով նախատեսված դեպքերում:

- Իմ առողջական տեղեկությունները, որոնք ես թույլատրում եմ տրամադրել MSSP-ին, պետք է գաղտնի պահվեն «Առողջության ապահովագրության փոխադրելիության և հաշվետվողականության մասին» օրենքի (HIPAA) պահանջներին համապատասխան: Ես

հաստատում եմ, որ MSSP կենտրոնն ինձ տրամադրել է HIPAA գաղտնիության գործելակերպի վերաբերյալ ծանուցում:

- Ես անցումային ծառայություններ կստանամ միայն այնքան ժամանակ, քանի դեռ հասանելի են դաշնային և նահանգային միջոցներ: Ես չեմ կարող միաժամանակ անցումային ծառայություններ ստանալ մեկից ավելի Medi-Cal-ի կողմից ֆինանսավորվող ծրագրից (օրինակ՝ Կալիֆորնիայի Համայնքային անցումային ծառայություններ և այլն): Ավելին, ես այլևս չեմ ունենա MSSP-ի իրավասություն, եթե ինձ սպասարկելու արժեքը գերազանցում է իմ խնամքի համար բյուջեով նախատեսված գումարները, MSSP-ն որոշում է, որ ես այլևս չեմ կարող օգտվել ծառայություններից, այլևս գոյություն չունի իմ հիվանդանոցային խնամքի տակ հայտնվելու անմիջական ռիսկը, կամ եթե ես դառնամ Medi-Cal-ի նպաստների համար իրավասու, կամ եթե ես հրաժարվեմ կամ չկարողանամ համագործակցել ծրագրի պահանջների հետ, ինչպիսիք են պարտադիր տնային այցելությունները:

- Ինչպես իմ ստացած մյուս Medi-Cal երկարատև խնամքի ծառայությունների դեպքում, քանի որ MSSP-ն նույնպես ֆինանսավորվում է Medi-Cal-ի կողմից, նահանգը կարող է նաև այդ ծառայությունների համար փոխհատուցում պահանջել իմ մահից հետո իմ ժառանգությունից:

Ես կարող եմ Նահանգային արդար լսումներ խնդրել, եթե ծառայությունների իմ խնդրանքը մերժվի, եթե ես դուրս գրվեմ ծառայություններից կամ եթե ես դժգոհ եմ ստացված ծառայություններից:

Այս պահին MSSP-ի վերաբերյալ իմ բոլոր հարցերին լիարժեք պատասխաններ են տրվել: Երբ ես լրացուցիչ հարցեր ունենամ, պետք է կապվեմ հետևյալ անձի հետ՝

MSSP-ի աշխատակից՝_____ Հեռախոս՝_____

Դիմորդի ստորագրությունը՝_____ Ամսաթիվ՝_____

Սույնով վկայում եմ վերը նշված ստորագրությունը: Ես՝

- Բացատրել եմ ապահինստիտուցիոնալացման ծառայությունները, MSSP-ն և անհատից խնդրվող ներգրավվածության բնույթը:
- Պատասխանել եմ անհատի կամ այս անհատի անունից հարց տվող անձանց կողմից տրված հարցերին:
- Անձին տրամադրել եմ այս ձևի պատճենը:

- Անհատին տրամադրել եմ «Մասնակցի իրավունքներ» գրքի և Կալիֆորնիայի Սոցիալական ծառայությունների բաժանմունքի «Ձեր իրավունքները Կալիֆորնիայի Հանրային նպաստների ծրագրերի շրջանակներում» ծանուցման պատճենը:

MSSP ստորագրություն՝_____ Ամսաթիվ՝ _____

Դիմորդը ստացել է այս ձևի պատճենը հետևյալ ամսաթվին՝_____