根据加州医疗补助（Medi-Cal）机构收入和资源归算（Institutional Deeming）程序申请 MSSP

MSSP 站点：_____

申请人姓名：_____

Medi-Cal # : _____ 电话： _____

街道地址： _____ 公寓号:_____

城市/州/邮政编码:_____

我正在申请参加多用途长者服务计划（MSSP）。我同意与 MSSP 工作人员合作，他们将确定我是否有资格参加该计划，并且如果我被接纳，他们将与我合作以获得我所需要的社会和健康服务。

如果我符合资格并选择参加，我理解：

- 我可能随时改变主意，退出该计划并决定继续住在我现在的地方。我不会被迫改变我的生活安排。
- 如果我被终止 MSSP 服务或自愿退出 MSSP，将会影响我获得其他 Medi-Cal 福利的资格。我获得 Medi-Cal 福利的资格取决于我是否持续符合 MSSP 的资格要求：如果我不再符合 MSSP 的资格要求，或者我自愿退出 MSSP，我的 Medi-Cal 福利将终止。
- MSSP 是住在疗养院的另一种选择。我更愿意参加 MSSP 并留在家里。
- 我不需要回答任何与确定我将要接受的服务无关的问题。
- 我将参与决定我所需服务的过程。我将收到有关我将获得的服务以及这些安排后续所做的任何变更的通知。
- 代表我向联邦医疗保险（Medicare）、Medi-Cal 和社会服务项目提交的所有理赔请求，均将由 MSSP 工作人员进行跟踪。
- 我的 MSSP 个案记录中的所有信息都是保密的。这包括健康信息和非健康信息。经我授权披露的非健康信息，仅供 MSSP 的工作人员和顾问、为我提供服务的人员（包括我的管理式医疗保健计划），以及法律另有规定允许获取该等信息的人员查阅。
- 我授权提供给 MSSP 的健康信息将按照《健康保险可携性和责任法案》(HIPAA) 的要求保密。我确认 MSSP 办公室已向我提供了 HIPAA 隐私惯例通知。

- 与我接受的其他 Medi-Cal 长期护理服务一样，因为 MSSP 也是由 Medi-Cal 提供资金，因此在我去世后，州政府也可能向我的遗产追偿为我提供 MSSP 服务而支付的费用。
- 我的个案记录中的信息均属保密信息。只有 MSSP 的工作人员和顾问、向我提供服务的人员以及法律另有规定的人员才能看到它。
- 我有权选择由 MSSP 或我选择的其他符合资格的机构向我提供个案管理和服务。
- 只要有联邦和州政府资金，我才会接受 MSSP 服务。此外，在下列情况下，我将不再符合 MSSP 的资格：为我提供服务的费用超过为我的照护编列的预算金额；MSSP 认定我已无法继续从相关服务中获益；我将被安置至机构接受照护的风险已不复存在；或者我不再符合 Medi-Cal 福利资格，或者我拒绝配合或无法遵守本计划的各项要求，例如接受规定的居家访视。
- 如果我的参与申请被拒绝，如果我被解除该计划，或者如果我对我收到的服务不满意，我可以要求举行州公平听证会。

我目前关于 MSSP 的所有疑问都已得到充分解答。如果还有其他问题，我应该联系：

MSSP 工作人员：_____ 电话：_____

申请人签名：_____ 日期：_____

我已经解释了 MSSP 以及要求申请人参与的性质。我已经回答了申请人或代表该申请人提问的人员提出的有关 MSSP 的问题。我已向申请人提供本表格副本、《参与者权利》副本，以及加州社会服务处的通知《您在加州公共福利计划下享有的权利》。

我特此见证上述签名：

MSSP 签名：_____ 日期：_____

申请人于此日期收到此表格的副本：_____