Yêu Cầu về Dịch Vụ Phi Cơ Sở

Cơ Sở MSSP: _____

Tên Của Người Nộp Đơn: _____

ID Medi-Cal: _____ Điện Thoại: _____

Tên Đường: _____

Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Chính: _____

Tôi đang yêu cầu hỗ trợ để chuyển từ việc sống trong cơ sở sang sống trong cộng đồng. Cụ thể, tôi đang yêu cầu dịch vụ từ Chương Trình Dịch Vụ Đa Năng Cho Người Cao Tuổi (MSSP). Tôi hiểu rằng:

- Tôi có thể thay đổi quyết định bất cứ lúc nào, rút ra khỏi chương trình và quyết định tiếp tục sống ở nơi tôi đang ở. Tôi sẽ không bị ép buộc phải thay đổi nơi ở của mình.
- Việc bị loại hoặc tự nguyện rút khỏi các dịch vụ hỗ trợ chuyển tiếp này sẽ không ảnh hưởng đến các phúc lợi y tế hoặc xã hội khác mà tôi hội đủ điều kiện để nhận.
- Tôi sẽ tham gia vào quá trình xác định các dịch vụ chuyển tiếp mà tôi cần. Tôi sẽ được thông báo về các dịch vụ tôi sẽ nhận và mọi thay đổi tiếp theo đối với các sắp xếp này.
- Tôi không bắt buộc phải trả lời bất kỳ câu hỏi nào không liên quan đến việc xác định dịch vụ mà tôi sẽ nhận.
- Mọi thông tin trong hồ sơ trường hợp MSSP của tôi đều được giữ bảo mật. Thông tin này sẽ chỉ được tiếp cận bởi nhân viên và cố vấn của MSSP, những người cung cấp dịch vụ cho tôi (bao gồm cả chương trình sức khỏe quản lý của tôi), và theo quy định của pháp luật.
- Thông tin sức khỏe của tôi mà tôi ủy quyền cung cấp cho MSSP sẽ được bảo mật theo yêu cầu của Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA). Tôi xác nhận rằng trang mạng MSSP đã cung cấp cho tôi thông báo về các quy định bảo mật HIPAA.

- Tôi sẽ chỉ nhận các dịch vụ chuyển tiếp khi còn nguồn quỹ liên bang và Tiểu Bang. Tôi không thể nhận các dịch vụ chuyển tiếp từ nhiều chương trình do Medi-Cal tài trợ (ví dụ; Dịch Vụ Chuyển Tiếp Cộng Đồng California, v.v.) cùng một lúc. Ngoài ra, tôi sẽ không còn hội đủ điều kiện hưởng MSSP nếu: chi phí phục vụ tôi vượt quá ngân sách dành cho việc chăm sóc tôi; MSSP xác định rằng tôi không còn được hưởng lợi từ các dịch vụ nữa; nguy cơ sắp xảy ra là tôi phải vào cơ sở điều dưỡng không còn nữa; hoặc nếu tôi không còn đủ điều kiện hưởng phúc lợi của Medi-Cal, hoặc nếu tôi từ chối hoặc không thể hợp tác với các yêu cầu của chương trình, chẳng hạn như các chuyến thăm nhà bắt buộc.

- Giống như các dịch vụ chăm sóc dài hạn Medi-Cal khác mà tôi nhận được, vì MSSP cũng được Medi-Cal tài trợ nên Tiểu Bang cũng có thể yêu cầu thu hồi các dịch vụ đó từ tài sản của tôi sau khi tôi qua đời.

Tôi có thể yêu cầu một Phiên Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang nếu yêu cầu dịch vụ của tôi bị từ chối, nếu tôi bị loại ra khỏi các dịch vụ hoặc nếu tôi không hài lòng với các dịch vụ tôi nhận được.

Mọi câu hỏi tôi có hiện tại liên quan đến MSSP đều đã được giải đáp đầy đủ. Nếu tôi có thêm câu hỏi, tôi nên liên hệ:

Nhân Viên MSSP:_____ Điện Thoại:_____

Chữ Ký của Người Nộp Đơn: _____ Ngày:_____

Tôi xin làm nhân chứng chữ ký trên. Tôi có:

- Giải thích về các dịch vụ phi thể chế hóa (deinstitutionalization services), MSSP, cũng như bản chất sự tham gia được yêu cầu từ cá nhân.
- Trả lời các câu hỏi do cá nhân đưa ra, hoặc do những người hỏi thay mặt cho cá nhân ny;
- Cung cấp một bản sao của mẫu đơn này cho cá nhân.
- Đã cung cấp cho cá nhân một bản sao “Quyền Của Người Tham Gia” và thông báo của Sở Dịch Vụ Xã Hội California, “Quyền Của Quý Vị Trong Các Chương Trình Phúc Lợi Công Cộng Của California”.

Chữ Ký MSSP: _____ Ngày: _____

Người nộp đơn đã nhận được một bản sao của mẫu đơn này vào

ngày này: _____