

## Заявка на участие в Multipurpose Senior Services Program

Сайт MSSP \_\_\_\_\_

Имя заявителя \_\_\_\_\_

Medi-Cal # \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Адрес улицы \_\_\_\_\_ Квартира # \_\_\_\_\_

Город/Штат/Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Я подаю заявку на участие в Multipurpose Senior Services Program (MSSP). Я согласен (согласна) сотрудничать с персоналом MSSP, который определит мое право на участие в программе и, если меня примет, будет работать со мной для получения необходимых мне социальных и медицинских услуг.

Если я имею право и решаю участвовать, я понимаю, что:

- Я могу в любой момент передумать, выйти из программы и решить продолжать жить там, где я живу. Меня не заставят менять условия жизни.
- Выписка или добровольный отказ от программы MSSP не повлияет на другие медицинские или социальные льготы, на получение которых я имею право.
- MSSP - альтернатива проживанию в учреждении сестринского ухода. Я предпочитаю участвовать в MSSP и оставаться дома.
- Мне не нужно отвечать на какие-то вопросы, не относящиеся к определению услуг, которые я должен (должна) получить.
- Я буду участвовать в процессе выбора услуг, которые мне нужны. Я буду уведомлен(а) об услугах, которые я должен (должна) получить, и о любых последующих изменениях, внесенных в эти договоренности.
- Все заявки, поданные от моего имени в отношении Medicare, Medi-Cal и социальных служб, будут отслеживаться персоналом MSSP.
- Вся информация в моем деле MSSP является конфиденциальной. Сюда входит информация о здоровье и информация, не относящаяся к здоровью. Моя немедицинская информация, предоставленная с моего разрешения, будет видна только персоналу и консультантам MSSP, тем, кто предоставляет мне услуги, и в иных случаях, предусмотренных законом.
- Моя медицинская информация, которую я разрешаю предоставить MSSP, должна оставаться конфиденциальной в соответствии с требованиями Акта о

передаче и защите данных учреждений здравоохранения HIPAA. Я подтверждаю, что сайт MSSP предоставил мне уведомление о политике конфиденциальности HIPAA.

- Как и в случае с другими услугами по долгосрочному уходу Medi-Cal, которые я получаю, поскольку MSSP также финансируется Medi-Cal, штат также может потребовать возмещения этих услуг за счет моего имущества после моей смерти.
- У меня есть право на управление уходом или услуги, предоставляемые MSSP или другой квалифицированной организацией.
- Я буду получать услуги MSSP только до тех пор, пока доступны федеральные средства и средства штата. Кроме того, я больше не буду иметь право на MSSP, если: стоимость обслуживания превышает суммы, заложенные в мой бюджет; MSSP определяет, что я больше не могу пользоваться услугами; неминуемый риск того, что меня поместят в лечебницу, больше не существует; или если я лишусь права на льготы Medi-Cal.
- Я могу потребовать проведения беспристрастного слушания на уровне штата, если моя заявка на участие будет отклонена, если я исключен (исключена) из программы или если я не удовлетворен(а) получаемыми мной услугами.

На все мои вопросы относительно MSSP были даны полные ответы. Если у меня возникнут дополнительные вопросы, я должен (должна) связаться с:

**Персонал MSSP** \_\_\_\_\_ **Телефон** \_\_\_\_\_

**Подпись заявителя** \_\_\_\_\_

Я объяснил(а) MSSP и характер участия, запрошенного от заявителя. Я ответил(а) на вопросы о MSSP, заданные заявителем или лицами, обращающимися от имени этого заявителя. Я дал(а) заявителю копию этой формы и копию «Прав участников» или эквивалентного уведомления округа.

Я свидетельствую вышеупомянутую подпись:

**Подпись MSSP** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_

**Кандидат получил копию этой формы в этот день.** \_\_\_\_\_