طلب التسجيل ببرنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP)

موقع برنامج MSSP: _____

اسم مقدِّم الطلب: _____

الرقم التعريفي في برنامج Medi-Cal: _____ رقم الهاتف: _____

عنوان الشارع: _____

المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____

أتقدم بطلب التسجيل ببرنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP). وأوافق على التعاون مع موظفي البرنامج الذين سيحددون أهليتي للتسجيل في البرنامج، وإذا تم قبول طلبي، فسوف يتعاونون معي للحصول على الخدمات الاجتماعية والصحية التي أحتاج إليها.

إذا كنتُ مؤهلًا واخترتُ المشاركة، فأنا أدرك ما يلي:

- يجوز لي أن أغيّر رأيي في أي وقت، وأن أنسحب من البرنامج، وأن أقرر الاستمرار في العيش في مكان إقامتي الحالي. ولن أُضطر على إجراء أي تغيير في ترتيبات سكني.
- لن يؤثر إنهاء خدماتي من برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) أو انسحابي الطوعي منه على أي من المخصصات الطبية أو الخدمات الاجتماعية الأخرى التي أكون مؤهلًا للحصول عليها.
- برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) خو خيار بديل للإقامة في دار رعاية للمسنين. وأفضّل المشاركة في البرنامج والاستمرار في الإقامة في منزلي.
- لا يتعين عليَّ الإجابة عن أي أسئلة لا تتعلق بتحديد الخدمات التي سأحصل عليها.
- سأشارك في عملية تحديد الخدمات التي أحتاج إليها. وسيتم إبلاغي بالخدمات التي سأتلقاها وبأي تغييرات لاحقة تُجرى على هذه الترتيبات.
- سيتولى موظفو برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) متابعة جميع المطالبات المقدمة نيابةً عني إلى برامج Medicare و Medi-Cal والخدمات الاجتماعية.
- جميع المعلومات الواردة في سجل حالتي لدى برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) سرية. ويشمل ذلك المعلومات الصحية وغير الصحية. ولن يطّلع على معلوماتي غير الصحية، التي يُصرَّح بالإفصاح عنها بموجب تفويضي، إلا موظفو ومستشارو برنامج MSSP، والجهات التي تقدم لي الخدمات (بما في ذلك خطتي الصحية للرعاية المُدارة)، وذلك إلى جانب أي جهات أخرى يجيز لها القانون الاطلاع عليها.

- ستُحفظ معلوماتي الصحية التي أُصرّح بتقديمها إلى برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) بسرية، وفقًا لما يقتضيه قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPPA). وأقر بأن موقع برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) قد زودني بإشعار بشأن ممارسات الخصوصية بموجب قانون HIPPA.

- وكما هو الحال بالنسبة إلى خدمات الرعاية طويلة الأجل الأخرى التي أتلقاها من خلال برنامج Medi-Cal، ونظرًا إلى أن خدمات برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) تُموَّل أيضًا من خلال برنامج Medi-Cal، فقد تسعى الولاية إلى استرداد تكاليف تلك الخدمات من تركتي بعد وفاتي.

- لديّ الحق في أن تُقدَّم لي خدمات إدارة الرعاية من خلال برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) أو من خلال أي جهة مؤهلة أخرى أختارها.

- سأستمر في تلقي خدمات برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) طالما الأموال الفيدرالية وأموال الولاية بقيت متاحة. وعلاوة على ذلك، لن أظل مؤهلًا للحصول على خدمات البرنامج إذا تجاوزت تكلفة تقديم الخدمات لي المبالغ المخصصة لرعايتي في الميزانية، أو إذا قرر برنامج MSSP بأنني لم أعد أستفيد من هذه الخدمات، أو إذا لم يعد هناك خطر وشيك يستدعي إيداعي في مؤسسة للرعاية، أو إذا أصبحت غير مؤهل للحصول على مخصصات برنامج Medi-Cal، أو إذا رفضت أو لم أتمكن من الامتثال لمتطلبات البرنامج، مثل الزيارات المنزلية الإلزامية.

- يجوز لي طلب عقد جلسة استماع عادلة على مستوى الولاية إذا رُفض طلبي للمشاركة في البرنامج، أو إذا تم إنهاء مشاركتي في البرنامج، أو إذا لم أكن راضيًا عن الخدمات التي أتلقاها.

لقد تمت الإجابة عن جميع أسئلتي الحالية المتعلقة ببرنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) إجابةً كاملة. وإذا كانت لديّ أي أسئلة أخرى في المستقبل، فينبغي لي التواصل مع:

موظفي برنامج MSSP: _____ رقم الهاتف: _____

توقيع مقدِّم الطلب: _____ التاريخ: _____

لقد شرحتُ برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) وطبيعة المشاركة المطلوبة من مقدِّم الطلب. كما أجبتُ عن الأسئلة المتعلقة بالبرنامج التي طرحها مقدِّم الطلب أو الأشخاص الذين طرحوها نيابةً عنه. وقد زوّدتُ مقدِّم الطلب بنسخة من هذا النموذج، ونسخة من وثيقة "حقوق المشاركين"، ونسخة من إشعار إدارة الخدمات و الرعاية الاجتماعية بولاية كاليفورنيا بعنوان "حقوقك بموجب برامج المخصصات العامة في ولاية كاليفورنيا."

أشهد بموجب هذا على صحة التوقيع الوارد أعلاه:

توقيع ممثل برنامج MSSP: _____ التاريخ: _____

تسلّم مقدِّم الطلب نسخة من هذا النموذج في التاريخ التالي: _____