

طلب إلى البرنامج متعدد الأغراض لخدمات كبار السن

موقع البرنامج متعدد الأغراض لخدمات كبار السن (MSSP)

اسم مقدم الطلب:

الرقم في برنامج الخدمات الطبية بولاية كاليفورنيا (ميدي-كال): الهاتف

Apt #

عنوان الشارع

المدينة/الولاية/الرمز البريدي

أتقدم بهذا الطلب للانضمام إلى البرنامج متعدد الأغراض لخدمات كبار السن (MSSP) أوافق على التعاون مع موظفي البرنامج الذين سيحددون أهليتي للبرنامج، وإذا قُبلت، فسوف يعملون معي للحصول على الخدمات الاجتماعية والصحية التي أحتاجها.

إذا كنت مؤهلاً واخترت الانضمام، فأنا أتفهم:

- قد أغير رأيي في أي وقت وأنسحب من البرنامج وأقرر مواصلة العيش حيث أنا. لن أضطر إلى تغيير ترتيبات معيشتي.
- لن يؤثر إخراجي من البرنامج أو الانسحاب الطوعي منه على المزايا الطبية أو الاجتماعية الأخرى التي يحق لي الحصول عليها.
- يعتبر البرنامج بديلاً للعيش بدار رعاية للمسنين. أفضل المشاركة في البرنامج مع البقاء في منزلي.
- ليس عليّ أن أجيب عن أي أسئلة لا تتعلق بتحديد الخدمات التي سأحصل عليها.
- سأشارك في عملية تحديد الخدمات التي أحتاجها. سيتم إبلاغي بالخدمات التي سأحصل عليها وبأية تغييرات لاحقة لهذه الترتيبات.
- سيقوم موظفو البرنامج بمتابعة جميع المطالبات المقدمة نيابة عني بشأن خدمات الرعاية الطبية والخدمات الطبية والاجتماعية.
- جميع المعلومات الموجودة في ملف حالتي لدى البرنامج معلومات سرية. يشمل ذلك المعلومات المتعلقة بحالتي الصحية وغير المتعلقة بها. المعلومات غير المتعلقة بحالتي الصحية المُقدمة والصادرة بإذن مني، لن يُطلع عليها إلا موظفو ومستشارو البرنامج ومقدمو الخدمات لي، وكما ينص القانون على خلاف ذلك.
- يجب أن تظل المعلومات المتعلقة بحالتي الصحية التي أأذن بتقديمها إلى البرنامج سرية بموجب قانون قابلية التنقل والمساءلة في مجال التأمين الصحي (HIPAA). أنا أقر بأن موقع البرنامج قد زودني بإشعار عن ممارسات الخصوصية بموجب قانون قابلية التنقل والمساءلة في مجال التأمين الصحي.

- كما هو الحال مع خدمات الرعاية الأخرى طويلة الأجل التي أتلقاها تحت مظلة برنامج "ميدي-كال"، يجوز للولاية المطالبة باسترداد مقابل هذه الخدمات من تركتي بعد وفاتي نظراً لأن برنامج "ميدي-كال" هو من أنشأ أيضاً البرنامج متعدد الأغراض لخدمات كبار السن.
- يحق لي الحصول على خدمات/إدارة الرعاية التي يقدمها البرنامج أو أي منظمة مؤهلة أخرى.
- لن أتلقى خدمات البرنامج إلا إذا توفرت الاعتمادات المالية الفيدرالية والحكومية. علاوة على ذلك، لن أكون مؤهلاً للحصول على خدمات البرنامج إذا: كانت تكلفة خدمتي تتجاوز المبالغ المدرجة في ميزانية رعايتي؛ وأن للبرنامج الحق في تقرير أنني لم يعد بإمكانني الاستفادة من الخدمات أو أن الخطر المحدق الذي أودعت بموجبه في المؤسسة المعنية لم يعد قائماً أو إذا أصبحت غير مؤهلاً للحصول على مزايا برنامج "ميدي-كال".
- يجوز لي أن أطلب عقد جلسة استماع عادلة في الولاية إذا رُفض طلب انضمامي أو إذا أُخرجت من البرنامج أو إذا كنت غير راض عن الخدمات التي أتلقاها.

لقد تمت الإجابة بشكل كامل عن جميع أسئلتني الحالية بشأن البرنامج. إذا كان لدي أسئلة إضافية، ينبغي أن أتصل بـ:

موظفي البرنامج _____ الهاتف _____

توقيع مقدم الطلب _____

لقد شرحت البرنامج وطبيعة الانضمام التي طلبها مقدم الطلب. لقد أجبت عن الأسئلة التي طرحها مقدم الطلب بشأن البرنامج أو التي طرحها أشخاص نيابة عن مقدم الطلب. لقد زودت مقدم الطلب بنسخة من هذا النموذج ونسخة من "حقوق الطرف المنضم" أو الإشعار المكافئ من طرف المقاطعة.

أشهد بموجب ذلك على التوقيع الوارد أعلاه:

توقيع البرنامج _____ التاريخ _____

حصل مقدم الطلب على نسخة من هذا النموذج في هذا التاريخ _____