메디캘 시설 소득 자산 간주 (Institutional Deeming) 절차에 따른 MSSP 신청서

MSSP 서비스 제공기관: _____

신청자 성명: _____

메디캘 #: _____ 전화: _____

도로명 주소: _____ 아파트 호수: _____

시/주/우편번호: _____

본인은 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)에 참여하기 위해 신청합니다. 본인은 프로그램 자격 여부를 판단할 MSSP 담당 직원과 협조할 것에 동의하며, 참여자로 선정될 경우, 필요한 사회 및 보건 서비스를 받을 수 있도록 담당 직원과 협력할 것에 동의합니다.

본인이 자격을 갖추고 있고 참여하기로 선택하는 경우에는, 다음 사항을 이해합니다.

- 본인은 언제든지 마음을 바꿀 수 있으며, 프로그램에서 탈퇴하고 현재 거주 중인 곳에서 계속 생활하기로 결정할 수 있습니다. 본인은 거주 형태를 변경하도록 강요받지 않을 것입니다.
- MSSP 서비스가 종료되거나 본인이 자발적으로 탈퇴할 경우, 다른 메디캘 혜택의 수급 자격에 영향을 미치게 될 것입니다. 본인의 메디캘 혜택은 MSSP 참여 자격이 계속 유지되는 것을 전제로 합니다. 따라서 더 이상 MSSP 수급 자격을 충족하지 못하거나 본인이 자발적으로 탈퇴할 경우, 메디캘 혜택도 종료됩니다.
- MSSP는 요양 시설에 입소하여 생활하는 것을 대신할 수 있는 대체 서비스입니다. 본인은 MSSP에 참여하고 본인의 집에 머무르는 것을 선호합니다.
- 본인은 제공받게 될 서비스의 결정과 관련이 없는 질문에는 답변을 하지 않아도 됩니다.
- 본인은 본인이 필요한 서비스를 결정하는 과정에 참여할 것입니다. 본인은 제공받게 될 서비스 내용과 그 서비스 제공 계획에 이후 변경 사항이 있을 경우 통지를 받게 될 것입니다.
- 본인을 대신하여 Medicare, 메디캘 및 사회복지 서비스에 대해 제출되는 모든 청구는 MSSP 담당 직원이 관리하고 확인합니다.
- 본인의 MSSP 사례 기록에 포함되는 모든 정보는 비밀로 유지됩니다. 여기에는 건강정보와 건강정보가 아닌 정보가 모두 포함됩니다. 본인의 동의에 따라 제공되는 건강정보가 아닌 정보는 MSSP의 직원 및 자문위원, 본인에게 서비스를 제공하는 기관(가입한 관리의료 건강보험 포함), 그리고 법률에서 허용하는 경우에만 열람할 수 있습니다.

- 본인이 MSSP에 제공하도록 승인한 본인의 건강 정보는 건강보험의 양도 및 그 책임에 관한 법률(HIPAA)에 따라 비밀로 유지됩니다. 본인은 MSSP 서비스 제공기관으로부터 HIPAA 개인정보 보호 관행 고지를 받았음을 확인합니다.
- 본인이 이용하는 다른 메디캘 장기요양 서비스와 마찬가지로, MSSP 또한 메디캘 재원으로 운영되는 프로그램이므로, 본인이 사망한 후에는 주정부가 MSSP를 통해 제공된 서비스 비용에 대해서도 본인의 유산(Estate)을 대상으로 비용을 회수할 수 있습니다.
- 본인의 사례 기록(Case Record)에 포함된 정보는 기밀로 유지됩니다. 이 정보는 MSSP의 직원 및 자문위원, 본인에게 서비스를 제공하는 기관, 그리고 법률에서 허용하는 경우에만 열람할 수 있습니다.
- 본인은 MSSP 또는 본인이 선택한 다른 자격을 갖춘 기관으로부터 사례관리/서비스를 제공받을 권리가 있습니다.
- 본인은 연방 및 주정부 자금이 지원되는 동안에만 MSSP 서비스를 받을 수 있습니다. 또한, 본인에게 제공되는 서비스 비용이 책정된 예산을 초과하는 경우, MSSP가 본인이 더 이상 해당 서비스의 혜택을 받을 수 없다고 판단하는 경우, 시설 입소가 임박한 위험이 더 이상 존재하지 않는 경우, 메디캘 혜택 수급 자격을 상실한 경우, 또는 의무 가정 방문 등 프로그램의 필수 요건에 협조하지 않거나 협조할 수 없는 경우 중 어느 하나에 해당하면 MSSP 서비스 수급 자격을 상실하게 됩니다.
- 본인은 프로그램 참여 신청이 거부되거나, 프로그램 이용이 종료되거나, 또는 제공받는 서비스에 만족하지 않는 경우에는 주정부 공정 심리(State Fair Hearing)을 요청할 수 있습니다.

본인은 현재 MSSP에 관하여 궁금한 모든 사항에 대해 충분한 설명을 듣고 답변을 받았습니다. 추가 질문이 있는 경우, 본인은 다음 담당자에게 문의해야 합니다.

MSSP 담당 직원: _____ 전화: _____

신청자 서명: _____ 날짜: _____

본인은 MSSP와 신청자에게 요구되는 참여 내용에 대해 설명하였습니다. 본인은 신청자 또는 이 신청자를 대신하여 질문한 사람들이 MSSP에 관해 묻는 질문에 답변하였습니다. “참가자 권리(Participant Rights)” 사본과 캘리포니아 사회복지국의 “캘리포니아 공공복지 프로그램에 따른 귀하의 권리(Your Rights Under California Public Benefits Programs)” 안내문 사본을 신청자에게 제공하였습니다.

본인은 위 서명이 본인의 입회하에 이루어졌음을 확인합니다.

MSSP 담당자 서명: _____ 날짜: _____

신청자는 다음 날짜에 이 양식의 사본을 받았습니다: _____