Դիմում Տարեցների համար Բազմաֆունկցիոնալ ծառայությունների ծրագրի համար

MSSP կենտրոն՝ _____

Դիմորդի անունը՝ _____

Medi-Cal ID՝_____ Հեռախոս՝_____

Հասցե՝ _____

Քաղաք/Նահանգ/Փոստային կոդ՝ _____

Ես դիմում եմ ներկայացնում մասնակցելու Տարեցների համար Բազմաֆունկցիոնալ ծառայությունների ծրագրին (MSSP): Ես համաձայն եմ համագործակցել MSSP անձնակազմի հետ, որը կորոշի ծրագրին մասնակցելու իմ իրավասությունը, և եթե ես ընդունվեմ, կաշխատի ինձ հետ՝ ինձ անհրաժեշտ սոցիալական և առողջապահական ծառայությունները ստանալու համար:

Եթե ես իրավասու եմ և որոշում եմ մասնակցել, ես հասկանում եմ, որ՝

- Ես կարող եմ ցանկացած պահի փոխել միտքս, դուրս գալ ծրագրից և որոշել շարունակել ապրել այնտեղ, որտեղ հիմա եմ ապրում: Ես ստիպված չեմ լինի որևէ փոփոխություն կատարել իմ կենսապայմաններում:
- MSSP-ից դուրս գրվելը կամ կամավոր դուրս գալը չի ազդի այլ բժշկական կամ սոցիալական նպաստների վրա, որոնք ես իրավասու եմ ստանալու:
- MSSP-ն խնամքի հաստատությունում ապրելու այլընտրանք է: Ես նախընտրում եմ մասնակցել MSSP-ին և մնալ իմ տանը:
- Ես պարտավոր չեմ պատասխանել որևէ հարցի, որը կապ չունի ինձ համար ստացվելիք ծառայությունների որոշման հետ:
- Ես կմասնակցեմ ինձ անհրաժեշտ ծառայությունների որոշման գործընթացին: Ես կտեղեկացվեմ ստացվելիք ծառայությունների և այդ պայմանավորվածություններում հետագա ցանկացած փոփոխության մասին:
- Իմ անունից Medicare-ի, Medi-Cal-ի և սոցիալական ծառայությունների համար ներկայացված բոլոր հայցերը կհսկվեն MSSP անձնակազմի կողմից:
- Իմ MSSP գործի գրանցամատյանում առկա բոլոր տեղեկությունները գաղտնի են: Սա ներառում է ինչպես առողջական, այնպես էլ ոչ առողջական տեղեկատվությունը: Իմ լիազորագրով տրամադրված ոչ առողջապահական տեղեկությունները կտեսնեն միայն MSSP-ի աշխատակիցներն ու խորհրդատուները, ինձ ծառայություններ մատուցողները (ներառյալ իմ կառավարվող խնամքի առողջապահական ծրագիրը) և օրենքով նախատեսված դեպքերում:

- Իմ առողջական տեղեկությունները, որոնք ես թույլատրում եմ տրամադրել MSSP-ին, պետք է գաղտնի պահվեն «Առողջության ապահովագրության փոխադրելիության և հաշվետվողականության մասին» օրենքի (HIPAA) պահանջներին համապատասխան: Ես հաստատում եմ, որ M SSP կենտրոնն ինձ տրամադրել է HIPAA գաղտնիության գործելակերպի վերաբերյալ ծանուցում:
- Ինչպես իմ ստացած մյուս Medi-Cal երկարատև խնամքի ծառայությունների դեպքում, քանի որ MSSP-ն նույնպես ֆինանսավորվում է Medi-Cal-ի կողմից, նահանգը կարող է նաև այդ ծառայությունների համար փոխհատուցում պահանջել իմ մահից հետո իմ ժառանգությունից:
- Ես իրավունք ունեմ ստանալ խնամքի կառավարման/ծառայությունների մատուցում MSSP-ի կամ իմ ընտրած այլ որակավորված կազմակերպության կողմից:
- Ես MSSP ծառայություններ կստանամ միայն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դաշնային և նահանգային միջոցները հասանելի են: Ավելին, ես այլևս իրավասու չեմ լինի MSSP-ի համար, եթե՝ ինձ սպասարկելու արժեքը գերազանցի իմ խնամքի համար բյուջեով նախատեսված գումարը, MSSP-ը որոշի, որ ես այլևս չեմ կարող օգուտ քաղել ծառայություններից, իմ հոսպիտալացվելու անմիջական ռիսկն այլևս գոյություն չունի, եթե ես կորցնեմ իրավասությունը Medi-Cal-ի նպաստների համար, կամ եթե ես հրաժարվեմ կամ չկարողանամ ենթարկվել ծրագրի պահանջներին, ինչպիսիք են պարտադիր տնային այցելությունները:
- Ես կարող եմ Նահանգային արդար լսում պահանջել, եթե մասնակցության իմ դիմումը մերժվի, եթե ես հեռացվեմ ծրագրից կամ եթե ես դժգոհ եմ ստացած ծառայություններից:

Այս պահին MSSP-ի վերաբերյալ իմ բոլոր հարցերին լիարժեք պատասխաններ են տրվել: Երբ ես լրացուցիչ հարցեր ունենամ, պետք է կապվեմ հետևյալ անձի հետ՝

MSSP-ի աշխատակից՝_____ Հեռախոս՝ _____

Դիմորդի ստորագրությունը՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

Ես բացատրել եմ MSSP-ն և դիմորդից խնդրվող ներգրավվածության բնույթը: Ես պատասխանել եմ դիմորդի կամ այս դիմորդի անունից հարցնող անձանց կողմից տրված MSSP-ի վերաբերյալ հարցերին: Ես դիմորդին տվել եմ այս ձևի պատճենը, «Մասնակցի իրավունքներ» գրքի և Կալիֆորնիայի Սոցիալական ծառայությունների բաժանմունքի «Ձեր իրավունքները Կալիֆորնիայի Հանրային նպաստների ծրագրերի շրջանակներում» ծանուցման պատճենը:

Սույնով վկայում եմ վերը նշված ստորագրության մասին՝

MSSP ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

Դիմորդը ստացել է այս ձևի պատճենը հետևյալ ամսաթվին՝ _____