Đơn Đăng Ký Tham Gia Chương Trình Dịch Vụ Đa Năng Dành Cho Người Cao Tuổi

Cơ Sở MSSP: _____

Tên Người Nộp Đơn: _____

ID Medi-Cal:_____ Điện Thoại:_____

Tên Đường:_____

Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Chính: _____

Tôi đang nộp đơn đăng ký tham gia Chương Trình Dịch Vụ Đa Năng Cho Người Cao Tuổi (Multipurpose Senior Services Program, MSSP). Tôi đồng ý hợp tác với nhân viên MSSP để xác định xem tôi có hội đủ điều kiện tham gia chương trình hay không và nếu tôi được chấp nhận, các nhân viên sẽ làm việc với tôi để cung cấp các dịch vụ xã hội và y tế mà tôi cần.

Nếu tôi hội đủ điều kiện và chọn tham gia, tôi hiểu rằng:

- Tôi có thể thay đổi quyết định bất cứ lúc nào, rút ra khỏi chương trình và quyết định tiếp tục sống ở nơi tôi đang ở. Tôi sẽ không bị ép buộc phải thay đổi nơi ở của mình.
- Việc bị loại hoặc tự nguyện rút ra khỏi chương trình MSSP sẽ không ảnh hưởng đến các phúc lợi y tế hoặc xã hội khác mà tôi hội đủ điều kiện nhận.
- MSSP là một giải pháp thay thế cho việc sống trong cơ sở điều dưỡng. Tôi thích tham gia vào MSSP và ở lại nhà mình hơn.
- Tôi không phải trả lời bất kỳ câu hỏi nào không liên quan đến việc xác định dịch vụ tôi sẽ nhận được.
- Tôi sẽ tham gia vào quá trình quyết định các dịch vụ mà tôi cần. Tôi sẽ được thông báo về các dịch vụ tôi sẽ nhận được và bất kỳ thay đổi nào sau đó đối với các thỏa thuận này.
- Mọi yêu cầu thanh toán được nộp thay mặt tôi cho Medicare, Medi-Cal và các dịch vụ xã hội sẽ được nhân viên MSSP theo dõi.
- Mọi thông tin trong hồ sơ MSSP của tôi đều được bảo mật. Điều này bao gồm thông tin sức khỏe, và thông tin không liên quan đến sức khỏe. Thông tin không liên quan đến sức khỏe của tôi, được tiết lộ theo sự cho phép của tôi, sẽ chỉ được tiếp cận bởi nhân viên và chuyên gia tư vấn của MSSP, những người cung cấp dịch vụ cho tôi (bao gồm cả chương trình sức khỏe có quản lý của tôi), và các đối tượng khác theo quy định của pháp luật.

- Thông tin sức khỏe của tôi mà tôi ủy quyền cung cấp cho MSSP sẽ được bảo mật theo yêu cầu của Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA). Tôi xác nhận rằng cơ sở MSSP đã cung cấp cho tôi thông báo về các hoạt động bảo mật HIPAA.
- Giống như các dịch vụ chăm sóc dài hạn Medi-Cal khác mà tôi nhận được, vì MSSP cũng được Medi-Cal tài trợ nên Tiểu Bang cũng có thể yêu cầu thu hồi các dịch vụ đó từ tài sản của tôi sau khi tôi qua đời.
- Tôi có quyền được cung cấp dịch vụ/quản lý chăm sóc bởi MSSP hoặc một tổ chức đủ điều kiện khác do tôi lựa chọn.
- Tôi sẽ chỉ nhận dịch vụ MSSP khi có đủ quỹ Liên Bang và Tiểu Bang. Ngoài ra, tôi sẽ không còn hội đủ điều kiện hưởng MSSP nếu: chi phí phục vụ tôi vượt quá số tiền đã dự trù cho việc chăm sóc tôi; MSSP xác định rằng tôi không còn được hưởng lợi từ các dịch vụ nữa; nguy cơ sắp xảy ra là tôi phải vào cơ sở điều dưỡng không còn nữa; hoặc nếu tôi không còn hội đủ điều kiện để hưởng các chế độ phúc lợi của Medi-Cal, hoặc nếu tôi từ chối hoặc không thể hợp tác với các yêu cầu của chương trình, chẳng hạn như các chuyến thăm tại nhà bắt buộc.
- Tôi có thể yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng Tiểu Bang nếu đơn đăng ký tham gia của tôi bị từ chối, nếu tôi bị loại ra khỏi chương trình, hoặc nếu tôi không hài lòng với các dịch vụ tôi nhận được.

Mọi câu hỏi tôi có hiện tại liên quan đến MSSP đều đã được giải đáp đầy đủ. Nếu tôi có thêm câu hỏi, tôi nên liên hệ:

Nhân viên MSSP: _____ Điện Thoại: _____

Chữ Ký Người Nộp Đơn: _____ Ngày:_____

Tôi đã giải thích về MSSP và bản chất của sự tham gia mà người nộp đơn yêu cầu. Tôi đã trả lời các câu hỏi về MSSP do người nộp đơn hoặc những người hỏi thay mặt cho người nộp đơn này hỏi. Tôi đã cung cấp cho người nộp đơn một bản sao của mẫu đơn này, cùng với một bản sao tài liệu “Quyền Của Người Tham Gia” và thông báo của Sở Dịch Vụ Xã Hội California, “Quyền Của Quý Vị Trong Các Chương Trình Phúc Lợi Công Cộng Của California”.

Tôi xin làm nhân chứng chữ ký trên:

Chữ Ký MSSP: _____ Ngày:_____

Người nộp đơn đã nhận được một bản sao của mẫu đơn này vào ngày này: _____