시설 퇴소 서비스 (Deinstitutional Services) 요청

MSSP 서비스 제공기관: _____

신청자 성명: _____

메디캘 ID: _____ 전화: _____

도로명 주소: _____

시/주/우편번호: _____

본인은 시설 생활에서 지역사회 생활로 전환하는 데 필요한 지원을 요청합니다. 구체적으로, 본인은 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)의 서비스를 요청합니다. 본인은 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.
- 이러한 전환 서비스 이용이 종료되거나 자발적으로 탈퇴하더라도, 본인이 받을 자격이 있는 다른 의료 또는 사회복지 혜택에는 영향을 미치지 않습니다.
- 본인은 본인이 필요한 전환 서비스를 결정하는 과정에 참여할 것입니다. 본인은 제공받게 될 서비스 내용과 그 서비스 제공 계획에 이후 변경 사항이 있을 경우 통지를 받게 될 것입니다.
- 본인은 제공받게 될 서비스의 결정과 관련이 없는 질문에는 답변을 하지 않아도 됩니다.
- 본인의 MSSP 사례 기록에 포함되는 모든 정보는 비밀로 유지됩니다. 이 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.
- 본인은 연방 및 주정부 자금이 지원되는 동안에만 전환 서비스를 받을 수 있습니다. 본인은 한 번에 둘 이상의 메디캘 재원으로 운영되는 프로그램

(예: California Community Transition 서비스 등)으로부터 전환 서비스를 받을 수는 없습니다. 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.

- 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.

본인은 서비스 신청이 거부되거나, 서비스 이용이 종료되거나, 또는 제공받는 서비스에 만족하지 않는 경우에는, 주정부 공정 심리(State Fair Hearing)를 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 위 서명이 본인의 입회하에 이루어졌음을 확인합니다. 본인은:

- 시설 퇴소 지원 서비스, MSSP 그리고 신청자에게 요구되는 참여 내용에 대해 설명하였습니다.
- 신청자 또는 신청자를 대신하여 질문한 사람의 질문에 답변했습니다.
- 이 양식의 사본을 신청자에게 제공하였습니다.
- “참가자 권리(Participant Rights)” 사본과 캘리포니아 사회복지국의 “캘리포니아 공공복지 프로그램에 따른 귀하의 권리(Your Rights Under California Public Benefits Programs)” 안내문 사본을 신청자에게 제공하였습니다.

MSSP 담당자 서명:_____ 날짜: _____

신청자는 다음 날짜에 이 양식의 사본을 받았습니다: _____