Դիմում MSSP-ի համար՝ համաձայն Medi-Cal-ի ինստիտուցիոնալ ճանաչման ընթացակարգերի

MSSP կենտրոն՝_____

Դիմորդի անունը՝_____

Medi-Cal համարը՝_____ Հեռախոսահամար՝_____

Հասցե՝_____Բնակարանի համարը՝_____

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: Ես ստիպված չեմ լինի որևէ փոփոխություն կատարել իմ կենսապայմաններում:
- MSSP-ից դուրս գրվելը կամ կամավոր դուրս գալը կազդի Medi-Cal-ի այլ նպաստների իմ իրավասության վրա: Իմ Medi-Cal-ի նպաստները կախված են MSSP-ի համար իմ շարունակական իրավասությունից. եթե ես այլևս իրավասություն չունեմ MSSP-ի համար կամ կամավոր կերպով հրաժարվեմ դրանից, Medi-Cal-ի նպաստները կդադարեն:
- 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 կհետևվեն MSSP անձնակազմի կողմից:

- Իմ MSSP գործի գրանցամատյանում առկա բոլոր տեղեկությունները գաղտնի են: Սա ներառում է ինչպես առողջական, այնպես էլ ոչ առողջական տեղեկատվությունy: 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 MSSP 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:
- Իմ գործի նյութերում առկա տեղեկությունները գաղտնի են: Այն կտեսնեն միայն MSSP-ի աշխատակիցներն ու խորհրդատուները, ինձ ծառայություններ մատուցողները և օրենքով նախատեսված դեպքերում:
- 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 չեմ ունենա MSSP-ի իրավասություն, եթե ինձ սպասարկելու արժեքը գերազանցում է իմ խնամքի համար բյուջեով նախատեսված գումարները, MSSP-ն որոշում է, որ ես այլևս չեմ կարող օգտվել ծառայություններից, այլևս գոյություն չունի իմ հիվանդանոցային խնամքի տակ հայտնվելու անմիջական ռիսկը, կամ եթե ես դառնամ Medi-Cal-ի նպաստների համար իրավասու, կամ եթե ես հրաժարվեմ կամ չկարողանամ համագործակցել ծրագրի պահանջների հետ, ինչպիսիք են պարտադիր տնային այցելությունները:
- Ես կարող եմ Նահանգային արդար լսումներ խնդրել, եթե ծառայությունների իմ խնդրանքը մերժվի, եթե ես դուրս գրվեմ ծառայություններից կամ եթե ես դժգոհ եմ ստացված 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՝_____