Запрос на предоставление услуг по переходу от институционального обслуживания к обслуживанию по месту жительства

Отделение MSSP: _____

Имя заявителя: _____

Идентификационный номер Medi-Cal: _____ Телефон: _____

Адрес (дом, улица): _____

Город/штат/почтовый индекс: _____

Я прошу оказать мне помощь в переходе от институционального обслуживания к обслуживанию по месту жительства. В частности, я обращаюсь с просьбой об оказании услуг в рамках Многоцелевой программы обслуживания пожилых (MSSP). Я понимаю, что:

- Я могу в любой момент передумать, выйти из программы и решить остаться жить там, где я проживаю сейчас. Меня не будут принуждать к изменению условий моего проживания.
- Прекращение предоставления этих услуг по переходу или добровольный отказ от них не повлияет на другие медицинские или социальные льготы, на получение которых я имею право.
- Я буду участвовать в процессе определения необходимых мне услуг по переходу. Мне будет направлено уведомление об услугах, которые я должен (-на) получить, а также о любых последующих изменениях, внесенных в эти договоренности.
- Я не обязан (-а) отвечать на вопросы, не имеющие отношения к определению объема услуг, которые мне должны быть предоставлены.
- Вся информация, содержащаяся в моём деле по программе MSSP, является конфиденциальной. Она будет доступна только сотрудникам и консультантам программы MSSP, лицам и организациям, предоставляющим мне услуги (включая мой план управляемого медицинского обслуживания), а также в иных случаях, предусмотренных законодательством.

- Информация о моем здоровье, которую я разрешаю передать MSSP, должна храниться в условиях конфиденциальности в соответствии с требованиями Закона о преемственности и подотчетности в сфере медицинского страхования (HIPAA). Я подтверждаю, что в отделении MSSP мне было предоставлено уведомление о правилах конфиденциальности в соответствии с законом HIPAA.

- Я буду получать услуги по переходу только до тех пор, пока имеются федеральные средства и средства штата. Я не могу одновременно получать услуги по переходу от более чем одной программы, финансируемой Medi-Cal (например, «California Community Transition services» и т. п.). Кроме того, я утрачу право на участие в программе MSSP, если: расходы на оказание мне услуг превысят суммы, заложенные в бюджете на уход за мной; программа MSSP определит, что я больше не могу получать пользу от предоставляемых услуг; исчезнет непосредственная угроза моего помещения в специализированное учреждение; я утрачу право на получение льгот Medi-Cal; либо я откажусь или не смогу выполнять требования программы, такие как обязательные посещения на дому.

- Как и в случае с другими услугами по долгосрочному уходу в рамках программы Medi-Cal, которые я получаю, поскольку услуги MSSP также финансируются за счет средств Medi-Cal, штат может потребовать возмещения расходов на эти услуги из моего наследства после моей смерти.

Я вправе подать запрос на проведение беспристрастного слушания на уровне штата в случае отказа в моем заявлении на услуги или если я недоволен (-на) получаемыми услугами.

На все вопросы, которые у меня возникли на данный момент по поводу MSSP, я получил (-а) исчерпывающие ответы. Если у меня появятся дополнительные вопросы, мне следует обратиться к:

Сотрудник MSSP: _____ Телефон: _____

Подпись заявителя: _____ Дата: _____

Настоящим подтверждаю подлинность вышеуказанной подписи. Я:

- Объяснил (-а), в чем заключаются услуги по переходу от институционального обслуживания к обслуживанию по месту жительства, программа MSSP и характер участия, которое требуется от данного лица.
- Ответил (-а) на вопросы, заданные заявителем или лицами, обратившимися от имени данного заявителя.
- Предоставил (-а) данному лицу экземпляр данной формы.
- Передал (-а) лицу экземпляр документа «Права участников» и уведомления Департамента социальных услуг штата Калифорния «Ваши права в рамках программ социального обеспечения штата Калифорния».

Подпись сотрудника MSSP:_____ Дата:_____

Заявитель получил копию данной формы в указанный день: _____