طلب الانتقال إلى الرعاية المجتمعية

موقع برنامج MSSP: _____

اسم مقدِّم الطلب: _____

الرقم التعريفي في برنامج Medi-Cal: _____ رقم الهاتف: _____

عنوان الشارع: _____

المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____

أتقدم بطلب للحصول على المساعدة للانتقال من الإقامة في إحدى مؤسسات الرعاية إلى العيش في المجتمع. وعلى وجه التحديد، أطلب الحصول على خدمات برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) وأقر بأنني أدرك ما يلي:

- يجوز لي أن أغيّر رأيي في أي وقت، وأن أنسحب من المشاركة في البرنامج، وأن أقرر الاستمرار في الإقامة في المكان الذي أقيم فيه حاليًا. ولن أُجبر على إجراء أي تغيير في ترتيبات سكني.
- لن يؤثر إنهاء خدمات الانتقال هذه أو انسحابي الطوعي منها على أي مخصصات طبية أو اجتماعية أخرى أكون مؤهلًا للحصول عليها.
- سأشارك في عملية تحديد خدمات الانتقال التي أحتاج إليها. وسيتم إخطاري بالخدمات التي سأتلقاها، وبأي تغييرات لاحقة تُجرى على هذه الترتيبات.
- لا يتعين عليَّ الإجابة عن أي أسئلة لا تتعلق بتحديد الخدمات التي سأحصل عليها.
- جميع المعلومات الواردة في سجل حالتي لدى برنامج MSSP سرية. ولن يطّلع عليها إلا موظفو البرنامج ومستشاروه، والجهات التي تقدم لي الخدمات (بما في ذلك خطتي الصحية للرعاية المُدارة)، وأي جهات أخرى يجيز لها القانون الاطلاع عليها.
- ستُحفظ معلوماتي الصحية التي أُصرّح بتقديمها إلى برنامج MSSP بسرية، وفقًا لما يقتضيه قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA). وأُقر بأن موقع برنامج MSSP قد زوّدني بإشعار بشأن ممارسات الخصوصية بموجب قانون HIPAA.
- لن أتلقى خدمات الانتقال إلا إذا بقيت الأموال الفيدرالية وأموال الولاية متاحة. ولا يجوز لي تلقي خدمات الانتقال من أكثر من برنامج واحد ممول من برنامج Medi-Cal في الوقت نفسه (مثل خدمات الانتقال المجتمعي في كاليفورنيا وغيرها). وعلاوة على ذلك، لن أظل مؤهلًا للحصول على خدمات برنامج MSSP إذا تجاوزت تكلفة تقديم الخدمات لي المبالغ المخصصة لرعايتي في الميزانية، أو إذا قرر البرنامج أنني لم أعد أستفيد من هذه الخدمات، أو إذا لم يعد هناك خطر وشيك يستدعي إيداعي في مرفق للرعاية المؤسسية، أو إذا أصبحت غير مؤهل للحصول على مزايا برنامج Medi-Cal، أو إذا رفضت أو لم أتمكن من الامتثال لمتطلبات البرنامج، مثل الزيارات المنزلية الإلزامية.

- وكما هو الحال بالنسبة إلى خدمات الرعاية طويلة الأجل الأخرى التي أتلقاها من خلال برنامج Medi-Cal، ونظرًا إلى أن برنامج MSSP يُموَّل أيضًا عن طريق برنامج Medi-Cal، فقد تسعى الولاية إلى استرداد تكاليف تلك الخدمات من تركتي بعد وفاتي.

يجوز لي طلب عقد جلسة استماع عادلة على مستوى الولاية إذا رُفض طلبي للحصول على الخدمات، أو إذا تم إيقاف خدماتي، أو إذا لم أكن راضيًا عن الخدمات التي أتلقاها.

لقد تمت الإجابة عن جميع أسئلتي الحالية المتعلقة ببرنامج MSSP إجابةً كاملة. وإذا كانت لديّ أي أسئلة أخرى، فينبغي لي التواصل مع:

موظفي برنامج MSSP: _____ رقم الهاتف: _____

توقيع مقدِّم الطلب: _____ التاريخ: _____

أشهد بموجب هذا على صحة التوقيع الوارد أعلاه. وأُقر بأنني قد:

- شرحتُ خدمات الانتقال إلى الرعاية المجتمعية، وبرنامج MSSP، وطبيعة المشاركة المطلوبة من الفرد.
- أجبتُ عن الأسئلة التي طرحها الفرد، أو الأشخاص الذين طرحوها نيابةً عنه.
- زوّدتُ الفرد بنسخة من هذا النموذج.
- زوّدتُ الفرد بنسخة من وثيقة "حقوق المشاركين"، وبنسخة من إشعار إدارة الخدمات والرعاية الاجتماعية بولاية كاليفورنيا بعنوان "حقوقك بموجب برامج المخصصات العامة في ولاية كاليفورنيا."

توقيع ممثل برنامج MSSP: _____ **التاريخ:** _____

تسلّم مقدِّم الطلب نسخة من هذا النموذج في التاريخ التالي: _____