申請退出院舍服務

MSSP 站點：_____

申請人姓名：_____

Medi-Cal ID：_____ 電話：_____

街道地址：_____

城市/州/郵遞區號：_____

我請求幫助從設施居住過渡到社區居住。具體來說，我正在要求多用途長者服務計劃（MSSP）的服務。我知道：

- 我可能隨時改變主意，退出該計劃並決定繼續住在原地。我不會被迫改變我的生活安排。
- 被解除或自願退出過渡服務不會影響我有資格享受的其他醫療或社會福利。
- 我將參與決定我所需的過渡服務的過程。我將收到有關我將獲得的服務以及這些安排後續所做的任何變更的通知。
- 我不需要回答任何與確定我將要接受的服務無關的問題。
- 我的 MSSP 個案紀錄中的所有資訊都是保密的。只有 MSSP 的工作人員和顧問、為我提供服務的人員（包括我的管理式醫療保健計劃），以及法律另有規定允許取得該等資訊的人員才能查閱這些資訊。
- 我授權提供給 MSSP 的健康資訊將按照《健康保險可攜性和責任法案》(HIPAA) 的要求保密。我承認 MSSP 辦公室已向我提供了 HIPAA 隱私慣例通知。
- 只要有聯邦和州政府的資金，我才會接受過渡服務。我不得同時接受一個以上由 Medi-Cal 資助的計劃提供的過渡服務（例如加州社區過渡服務等）。此外，在下列情況下，我將不再符合 MSSP 的資格：為我提供服務的費用超過為我的照護編列的預算金額；MSSP 認定我已無法繼續從相關服務中獲益；我將被安置至機構接受照護的風險已不復存在；或者我不再符合 Medi-Cal 福利資格，或者我拒絕配合或無法遵守本計劃的各項要求，例如接受規定的居家訪視。

- 與我接受的其他 Medi-Cal 長期護理服務一樣，由於 MSSP 也由 Medi-Cal 資助，所以在我去世後，州政府也可能從我的遺產中尋求補償這些服務。

如果我的服務申請被拒絕、我被終止服務，或者我對接受的服務不滿意，我可以申請州公平聽證會。

我目前關於 MSSP 的所有疑問都已得到充分解答。如果還有其他問題，我應聯絡：

MSSP 工作人員：_____ 電話：_____

申請人簽名：_____ 日期：_____

本人特此見證上述簽名。我已：

- 解釋了退出院舍化服務、MSSP 以及要求個人參與的性質。
- 回答了該個人或其代表提出的問題。
- 向該個人提供了此表格的副本。
- 向該個人提供了《參與者權利》副本以及加州社會服務處的通知《您在加州公共福利計劃下享有的權利》。

MSSP 簽名：_____ 日期：_____

申請人於以下日期收到此表格的副本：_____