

다목적 노인 서비스 프로그램 신청서

MSSP 현장 _____

신청자 이름 _____

Medi-Cal # _____ 전화 _____

도로명 주소 _____ 아파트 # _____

시/주/우편 번호 _____

본인은 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)에 참여하고자 신청합니다. 본인은 프로그램 참여 자격을 결정하고 참여가 수락되면 필요한 사회복지 및 보건 서비스를 받을 수 있도록 본인과 함께 할 MSSP 직원에게 협력하는 데 동의합니다.

본인에게 참여 자격이 있고 참여하기로 결정한 경우 다음 사항을 이해합니다.

- 언제든지 마음이 바뀌면 프로그램 참여를 철회하고 현재 거주지에서 계속 거주할 수 있습니다. 생활 방식을 바꾸도록 강요받지 않습니다
- MSSP 에서 퇴출되거나 자발적으로 참여를 철회하더라도 서비스를 받을 자격이 있는 다른 의료 또는 사회복지 혜택에 영향을 받지 않습니다.
- MSSP 는 요양시설에 사는 것 대신에 선택할 수 있는 대안입니다. 본인은 MSSP 에 참여하면서 자택에서 계속 살고 싶습니다.
- 본인이 받을 서비스 결정과 관련이 없는 질문에 대답하지 않아도 됩니다.
- 본인은 본인에게 필요한 서비스를 결정하는 과정에 참여할 것입니다. 본인이 받을 서비스와 이러한 협의에 대한 차후 변경 사항에 대해 통보 받습니다.
- Medicare, Medi-Cal 및 사회복지 서비스를 위해 본인을 대신하여 제출된 모든 청구는 MSSP 직원이 추적합니다.

- 본인의 MSSP 사례 기록에 있는 모든 정보는 기밀로 유지됩니다. 여기에는 건강 정보 및 비 건강 정보가 포함됩니다. 본인의 승인에 의해 공개된 비 건강 정보는 본인에게 서비스를 제공하는 MSSP 직원 및 컨설턴트 그리고 법에 따라 정보를 받는 사람만이 볼 수 있습니다.
- 본인이 MSSP 에 제공하도록 승인한 건강 정보는 건강보험 양도 및 책임에 관한 법률(HIPAA) 에 따라 기밀로 유지됩니다. 본인은 MSSP 현장에서 HIPAA 개인정보 보호 방침에 대한 통지를 받았음을 인정합니다.
- MSSP 는 본인이 받는 다른 Medi-Cal 장기 요양 서비스의 경우와 마찬가지로 Medi-Cal 에서 자금을 지원 받기 때문에 캘리포니아 주는 본인의 사망 이후, 본인의 재산에서 해당 서비스에 대해 추심을 할 수도 있습니다.
- 본인은 MSSP 또는 다른 유자격 기관이 제공하는 요양 관리/서비스를 받을 수 있는 자격이 있습니다.
- 본인은 연방 및 주 자금에서 이용 가능한 범위까지만 MSSP 서비스를 받을 것입니다. 또한 본인에게 서비스를 제공하는 비용이 본인의 요양에 책정된 예산을 초과할 경우, 본인이 더 이상 서비스 혜택을 받을 수 없다고 MSSP 가 판단한 경우, 본인의 요양 시설 수용과 관련한 임박한 위험이 더 이상 존재하지 않을 경우, 본인이 Medi-Cal 혜택을 받을 자격을 상실하게 된 경우에는 MSSP 자격이 상실됩니다.
- 참여 신청이 거부되거나 프로그램에서 퇴출되거나 받는 서비스에 불만이 있는 경우, 주 공정 심리를 요청할 수 있습니다.

이제 MSSP 에 관한 모든 질문에 대해 답변을 제공 받았습니다. 추가로 궁금한 점이 있으면 다음 연락처로 문의합니다.

MSSP 직원 _____ **전화** _____

신청자 서명 _____

본인은 MSSP 와 신청자 요청한 참여의 성격을 설명했습니다. 본인은 신청자 또는 이 신청자를 대신하여 질문한 사람의 문의 사항에 답변했습니다. 본인은 신청자에게 이 양식의 사본과 "고객 권리" 또는 해당 카운티에서 그에 해당하는 통지 사본을 제공했습니다.

본인은 이로써 위 서명을 증명합니다.

MSSP 서명 _____

날짜 _____

신청자는 해당 날짜에 이 양식의 사본을 수령했습니다. _____