درخواست برای خدمات انتقال از مرکز به جامعه (Deinstitutional Services)

مرکز MSSP:_____

نام متقاضی:_____

شناسه Medi-Cal:_____ تلفن:_____

آدرس خیابان:_____

شهر/ایالت/کد پستی:_____

من درخواست کمک دارم تا از زندگی در یک مرکز اقامتی به زندگی در جامعه منتقل شوم. به‌طور مشخص، من درخواست دریافت خدمات از برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP) را دارم. من متوجه هستم که:

- می‌توانم در هر زمان نظر خود را تغییر دهم، از برنامه انصراف بدهم، و تصمیم بگیرم که در محل فعلی خود به زندگی ادامه دهم. من مجبور نخواهم شد که تغییری در شرایط زندگی‌ام ایجاد کنم.
- ترخیص از برنامه یا انصراف داوطلبانه از این خدمات انتقالی، هیچ تأثیری بر سایر مزایای پزشکی یا اجتماعی که من واجد شرایط دریافت آن‌ها هستم نخواهد داشت.
- من در فرایند تعیین خدمات انتقالی مورد نیاز خود مشارکت خواهم کرد. من از خدماتی که قرار است دریافت کنم و هرگونه تغییرات بعدی در این توافقات، مطلع خواهم شد.
- من مجبور نیستم به پرسش‌های غیرمرتبط با تعیین خدماتی که قرار است دریافت کنم، پاسخ دهم.
- تمام اطلاعات موجود در پرونده MSSP من محرمانه است. این اطلاعات فقط توسط کارکنان و مشاوران MSSP، ارائه‌دهندگان خدمات به من (از جمله طرح مراقبت مدیریت‌شده سلامت من)، و در مواردی که قانون مقرر کرده است، مشاهده خواهد شد.
- اطلاعات سلامت من که اجازه می‌دهم در اختیار MSSP قرار گیرد، طبق قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه سلامت (HIPAA) به صورت محرمانه نگهداری خواهد شد. من تأیید می‌کنم که مرکز MSSP اطلاعیه مربوط به رویه‌های حفظ حریم خصوصی HIPAA را به من ارائه کرده است.
- من فقط تا زمانی که بودجه فدرال و ایالتی در دسترس باشد، خدمات انتقالی را دریافت خواهم کرد. من نمی‌توانم هم‌زمان از بیش از یک برنامه تأمین‌شده توسط Medi-Cal (برای نمونه، خدمات انتقالی جامعه کالیفرنیا و موارد مشابه) خدمات انتقالی دریافت کنم. علاوه بر این، در صورتی که یکی از شرایط زیر رخ دهد، من دیگر واجد شرایط دریافت خدمات MSSP نخواهم بود: هزینه‌های ارائه خدمات به من از سقف بودجه تعیین‌شده برای مراقبتم فراتر رود؛ MSSP تشخیص دهد که من

دیگر از خدمات بهره‌مند نمی‌شوم؛ خطر فوری بستری شدن من در مراکز مراقبتی از بین برود؛ یا در صورتی که دیگر واجد شرایط دریافت مزایای Medi-Cal نباشم؛ یا از همکاری با الزامات برنامه، مانند بازدیدهای الزامی از منزل، خودداری کنم یا قادر به انجام آن نباشم.

- همان‌گونه که در مورد سایر خدمات مراقبت بلندمدت Medi-Cal که دریافت می‌کنم نیز صادق است، از آنجا که MSSP نیز توسط Medi-Cal تأمین مالی می‌شود، دولت ممکن است پس از فوت من، هزینه این خدمات را از اموال و دارایی‌های من مطالبه و بازیابی کند.

اگر درخواست من برای خدمات رد شود، اگر از خدمات ترخیص شوم، یا اگر از خدماتی که دریافت می‌کنم ناراضی باشم، می‌توانم درخواست جلسه دادرسی عادلانه ایالتی بدهم.

به تمام سؤالاتی که در حال حاضر در مورد MSSP دارم، به طور کامل پاسخ داده شده است. در صورت داشتن سؤالات بیشتر، باید با افراد زیر تماس بگیرم:

کارکنان MSSP:_____ تلفن:_____

امضای متقاضی:_____ تاریخ:_____

بدینوسیله امضای فوق را گواهی می‌دهم. من:

- خدمات انتقال از مرکز به جامعه، ویژگی‌های MSSP و ماهیت مشارکت مورد انتظار از فرد را برای ایشان توضیح داده‌ام.
- به سؤالات مطرح‌شده توسط متقاضی یا نمایندگان وی پاسخ داده‌ام.
- یک نسخه از این فرم را به فرد مورد نظر ارائه دادم.
- یک نسخه از «حقوق شرکت‌کنندگان» و اطلاعیه اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا با عنوان «حقوق شما تحت برنامه‌های مزایای عمومی کالیفرنیا» را به متقاضی ارائه کرده‌ام.

امضای MSSP:_____ تاریخ:_____

متقاضی یک نسخه از این فرم را در این تاریخ دریافت کرد:_____