درخواست برای برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان

مرکز MSSP: _____

نام متقاضی: _____

شناسه Medi-Cal: _____ تلفن: _____

آدرس خیابان: _____

شهر/ایالت/کد پستی: _____

بدین‌وسیله درخواست خود را برای شرکت در برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP) اعلام می‌دارم. من موافقت می‌کنم که با کارکنان MSSP که مسئول تعیین واجد شرایط بودن من برای این برنامه هستند، همکاری کنم و در صورت پذیرش، با من برای دریافت خدمات اجتماعی و سلامت مورد نیازم همکاری نمایند.

اگر واجد شرایط باشم و تصمیم به شرکت در برنامه بگیرم، 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 MSSP، هیچ تأثیری بر سایر مزایای درمانی یا اجتماعی که من واجد شرایط دریافت آن‌ها هستم نخواهد داشت.

  MSSP جایگزینی برای زندگی در مرکز پرستاری است. من ترجیح می‌دهم در MSSP شرکت کنم و در خانه‌ام بمانم.
- من مجبور نیستم به پرسش‌های غیرمرتبط با تعیین خدماتی که قرار است دریافت کنم، پاسخ دهم.
- من در فرایند تصمیم‌گیری در مورد خدماتی که نیاز دارم، شرکت خواهم کرد. من از خدماتی که قرار است دریافت کنم و هرگونه تغییرات بعدی در این توافقات، مطلع خواهم شد.
- تمام درخواست‌های ارائه‌شده از جانب من برای خدمات Medi-Cal، Medicare و خدمات اجتماعی توسط کارکنان MSSP پیگیری خواهد شد.
- تمام اطلاعات موجود در پرونده MSSP من محرمانه است. این موارد شامل اطلاعات مربوط به سلامت و اطلاعات غیرمرتبط با سلامت می‌شود. اطلاعات غیرمرتبط با سلامت من، که با مجوز من منتشر شده است، صرفاً توسط کارکنان و مشاوران MSSP، ارائه‌دهندگان خدمات به من (از جمله طرح سلامت مراقبت‌های مدیریت‌شده من)، و یا طبق سایر موازین قانونی قابل مشاهده خواهد بود.

- اطلاعات سلامت من که اجازه می‌دهم در اختیار MSSP قرار گیرد، طبق قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه سلامت (HIPAA) به‌صورت محرمانه نگهداری خواهد شد. من تأیید می‌کنم که مرکز MSSP اطلاعیه مربوط به رویه‌های حفظ حریم خصوصی HIPAA را به من ارائه کرده است.

- 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، ایالت ممکن است پس از فوت من، هزینه این خدمات را از اموال و دارایی‌های من مطالبه و بازیابی کند.

- من این حق را دارم که خدمات/مدیریت مراقبت خود را از طریق MSSP یا هر سازمان واجد شرایط دیگری که خودم انتخاب می‌کنم، دریافت نمایم.

- من فقط تا زمانی که بودجه فدرال و ایالتی در دسترس باشد، خدمات MSSP را دریافت خواهم کرد. 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.

- اگر درخواست شرکت من در برنامه رد شود، اگر از برنامه 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، به‌طور کامل پاسخ داده شده است. در صورت داشتن سؤالات بیشتر، باید با افراد زیر تماس بگیرم:

کارکنان MSSP: _____ تلفن: _____

امضای متقاضی: _____ تاریخ: _____

من ویژگی‌های MSSP و ماهیت مشارکت مورد انتظار از متقاضی را برای ایشان توضیح داده‌ام. من به سؤالات مربوط به MSSP که توسط متقاضی یا از طرف ایشان پرسیده شده است، پاسخ داده‌ام. من یک نسخه از این فرم و یک نسخه از «حقوق شرکت‌کنندگان» و اطلاعیه اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا با عنوان «حقوق شما تحت برنامه‌های مزایای عمومی کالیفرنیا» را به متقاضی داده‌ام.

بدین‌وسیله امضای فوق را گواهی می‌دهم:

امضای MSSP: _____ تاریخ: _____

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