Заявление на участие в Многоцелевой программе обслуживания пожилых

Отделение MSSP: _____

Имя заявителя: _____

Идентификационный номер Medi-Cal: _____ Телефон: _____

Адрес (дом, улица, квартира): _____

Город/штат/почтовый индекс: _____

Я подаю заявку на участие в Многоцелевой программе обслуживания пожилых (MSSP). Я согласен (-на) сотрудничать с сотрудниками программы MSSP, которые определят мое право на участие в программе и, в случае моего принятия, будут помогать мне в получении необходимых мне социальных и медицинских услуг.

Если я соответствую критериям участия и решу принять участие, я понимаю, что:

- Я могу в любой момент передумать, выйти из программы и решить остаться жить там, где я живу сейчас. Меня не будут принуждать к изменению условий моего проживания.
- Выписка из программы MSSP или добровольный выход из нее не повлияют на другие медицинские или социальные льготы, на получение которых я имею право.
- Программа MSSP представляет собой альтернативу проживанию в медицинском учреждении для пожилых и лиц с инвалидностью, требующих специального ухода. Я предпочитаю участвовать в программе MSSP и оставаться у себя дома.
- Я не обязан (-а) отвечать на вопросы, не имеющие отношения к определению объема услуг, которые мне должны быть предоставлены.
- Я буду участвовать в процессе определения необходимых мне услуг. Мне будет направлено уведомление об услугах, которые я должен (-на) получить, а также о любых последующих изменениях, внесенных в эти договоренности.
- Все заявления, поданные от моего имени в программы Medicare, Medi-Cal и службы социальной помощи, будут отслеживаться сотрудниками MSSP.
- Вся информация, содержащаяся в моем деле по программе MSSP, является конфиденциальной. Сюда входит как медицинская информация, так и информация, не связанная со здоровьем. Моя информация, не касающаяся здоровья, раскрываемая с моего разрешения, будет доступна только сотрудникам и консультантам MSSP, лицам, предоставляющим мне услуги (включая мой план управляемого медицинского обслуживания), а также в других случаях, предусмотренных законом.

- Информация о моем здоровье, которую я разрешаю передать MSSP, должна храниться в условиях конфиденциальности в соответствии с требованиями Закона о преемственности и подотчетности в сфере медицинского страхования (HIPAA). Я подтверждаю, что в отделении MSSP мне было предоставлено уведомление о правилах конфиденциальности в соответствии с законом HIPAA.
- Как и в случае с другими услугами по долгосрочному уходу в рамках программы Medi-Cal, которые я получаю, поскольку услуги MSSP также финансируются за счет средств Medi-Cal, штат может потребовать возмещения расходов на эти услуги из моего наследства после моей смерти.
- Я имею право на получение услуг по управлению уходом/медицинским обслуживанием, предоставляемых программой MSSP или другой квалифицированной организацией по моему выбору.
- Я буду пользоваться услугами MSSP только до тех пор, пока имеются федеральные средства и средства штата. Кроме того, я утрачу право на участие в программе MSSP, если: расходы на оказание мне услуг превысят суммы, заложенные в бюджете на уход за мной; программа MSSP определит, что я больше не могу получать пользу от предоставляемых услуг; исчезнет непосредственная угроза моего помещения в специализированное учреждение; я утрачу право на получение льгот Medi-Cal; либо я откажусь или не смогу выполнять требования программы, такие как обязательные посещения на дому.
- Я вправе подать запрос на проведение беспристрастного слушания на уровне штата в случае отказа в моем заявлении на участие, в случае исключения из программы или если я недоволен (-льна) получаемыми услугами.

На все вопросы, которые у меня возникли на данный момент по поводу MSSP, я получил (-а) исчерпывающие ответы. Если у меня появятся дополнительные вопросы, мне следует обратиться к:

Сотрудник MSSP:_____ Телефон: _____

Подпись заявителя: _____ Дата: _____

Я разъяснил (-а) заявителю суть программы MSSP и характер участия, требуемого от заявителя. Я ответил (-а) на вопросы о программе MSSP, заданные заявителем или лицами, обратившимися от имени данного заявителя. Я передал (-а) заявителю экземпляр данной формы, а также экземпляр документа «Права участников» и уведомления Департамента социальных услуг штата Калифорния «Ваши права в рамках программ социального обеспечения штата Калифорния».

Настоящим подтверждаю подлинность вышеуказанной подписи:

Подпись сотрудника MSSP: _____ Дата: _____

Заявитель получил копию данной формы в указанный день: _____