申请退出院舍服务

MSSP 站点:_____

申请人姓名:_____

Medi-Cal ID:_____ 电话: _____

街道地址: _____

城市/州/邮政编码:_____

我请求帮助从设施居住过渡到社区居住。具体来说，我正在请求多用途长者服务计划（MSSP）的服务。我理解:

- 我可能随时改变主意，退出该计划并决定继续住在原地。我不会被迫改变我的生活安排。
- 被解除或自愿退出这些过渡服务不会影响我有资格获得的其他医疗或社会福利。
- 我将参与确定我所需的过渡服务的过程。我将收到有关我将获得的服务以及这些安排后续所做的任何变更的通知。
- 我不需要回答任何与确定我将要接受的服务无关的问题。
- 我的 MSSP 个案记录中的所有信息都是保密的。只有 MSSP 的工作人员和顾问、为我提供服务的人员（包括我的管理式医疗保健计划），以及法律另有规定允许获取该等信息的人员才能查阅这些信息。
- 我授权提供给 MSSP 的健康信息将按照《健康保险可携性和责任法案》(HIPAA) 的要求保密。我确认 MSSP 办公室已向我提供了 HIPAA 隐私惯例通知。
- 只要有联邦和州政府的资金，我才会接受过渡服务。我不得同时接受一个以上由 Medi-Cal 资助的计划提供的过渡服务（例如加州社区过渡服务等）。此外，在下列情况下，我将不再符合 MSSP 的资格：为我提供服务的费用超过为我的照护编列的预算金额；MSSP 认定我已无法继续从相关服务中获益；我将被安置至机构接受照护的风险已不复存在；或者我不再符合 Medi-Cal 福利资格，或者我拒绝配合或无法遵守本计划的各项要求，例如接受规定的居家访视。

- 与我接受的其他 Medi-Cal 长期护理服务一样，由于 MSSP 也由 Medi-Cal 资助，所以在我去世后，州政府也可能从我的遗产中寻求补偿这些服务。

如果我的服务请求被拒绝、我被终止服务，或者我对接受的服务不满意，我可以请求州公平听证。

我目前关于 MSSP 的所有疑问都已得到充分解答。如果还有其他问题，我应该联系：

MSSP 工作人员：_____ 电话：_____

申请人签名：_____ 日期：_____

我特此见证上述签名。我已：

- 解释了退出院舍化服务、MSSP 以及要求个人参与的性质；
- 回答了该个人或其代表提出的问题。
- 向该个人提供了此表格的副本。
- 向该个人提供了《参与者权利》副本以及加州社会服务处的通知《您在加州公共福利计划下享有的权利》。

MSSP 签名：_____ 日期：_____

申请人于此日期收到此表格的副本：_____