طلب التسجيل ببرنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) بموجب إجراءات الاحتساب المؤسسي للأهلية في برنامج Medi-Cal

موقع برنامج MSSP: _____

اسم مقدِّم الطلب: _____

الرقم التعريفي في برنامج Medi-Cal: _____ رقم الهاتف: _____

عنوان الشارع: _____ رقم الشقة: _____

المدينة/الولاية/الرمز البريدي: _____

أتقدم بطلب التسجيل ببرنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) وأوافق على التعاون مع موظفي البرنامج الذين سيحددون أهليتي للتسجيل في البرنامج، وإذا تم قبول طلبي، فسوف يتعاونون معي للحصول على الخدمات الاجتماعية والصحية التي أحتاج إليها.

إذا كنت مؤهلًا واخترت المشاركة في البرنامج، فإنني أدركُ ما يلي:

- يجوز لي أن أغيّر رأيي في أي وقت، وأن أنسحب من البرنامج، وأن أقرر الاستمرار في العيش في مكان إقامتي الحالي. ولن أُجبر على إجراء أي تغيير في ترتيبات سكني.
- سيؤثر إنهاء خدماتي من برنامج MSSP أو انسحابي الطوعي منه في أهليتي للحصول على مخصصات أخرى ضمن برنامج Medi-Cal. وتعتمد أهليتي للحصول على مخصصات برنامج Medi-Cal على استمراري في استيفاء شروط الأهلية لبرنامج MSSP. فإذا لم أعد مؤهلًا للبرنامج، أو إذا انسحبت منه طوعًا، فستنتهي مخصصات برنامج Medi-Cal الخاصة بي.
- برنامج MSSP هو خياراً للإقامة في دار رعاية للمسنين. وأُفضِّل المشاركة في البرنامج والاستمرار في الإقامة في منزلي.
- لا يتعين عليَّ الإجابة عن أي أسئلة لا تتعلق بتحديد الخدمات التي سأحصل عليها.
- سأشارك في عملية تحديد الخدمات التي أحتاج إليها. وسيتم إخطاري بالخدمات التي سأتلقاها، وبأي تغييرات لاحقة تُجرى على هذه الترتيبات.
- سيتولى موظفو برنامج MSSP متابعة جميع المطالبات المقدمة نيابةً عني إلى برامج Medicare و Medi-Cal والخدمات الاجتماعية.
- جميع المعلومات الواردة في سجل حالتي لدى برنامج MSSP سرية. ويشمل ذلك المعلومات الصحية وغير الصحية. ولن يطّلع على معلوماتي غير الصحية، التي يُصرَّح بالإفصاح عنها بموجب تفويض مني، إلا موظفو البرنامج ومستشاروه، ومقدمو الخدمات لي (بما في ذلك خطتي الصحية للرعاية المُدارة)، وذلك إلى جانب أي جهات أخرى يجيز لها القانون الاطلاع عليها.
- ستُحفظ معلوماتي الصحية التي أُصرّح بتقديمها إلى برنامج MSSP بسرية، وفقًا لما يقتضيه قانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA). وأقر بأن موقع برنامج MSSP قد زوّدني بإشعار بشأن ممارسات الخصوصية بموجب قانون HIPAA.

- وكما هو الحال بالنسبة إلى خدمات الرعاية طويلة الأجل الأخرى التي أتلقاها عن طريق برنامج Medi-Cal ونظرًا إلى أن برنامج MSSP يُموَّل أيضًا من خلال برنامج Medi-Cal، فقد تسعى الولاية إلى استرداد تكاليف تلك الخدمات من تركتي بعد وفاتي.
- جميع المعلومات الواردة في سجل حالتي سرية. ولن يطّلع عليها إلا موظفو برنامج MSSP ومستشاروه، والجهات التي تقدم لي الخدمات، وأي جهات أخرى يجيز لها القانون الاطلاع عليها.
- لديّ الحق في أن تُقدَّم لي خدمات إدارة الرعاية والخدمات الأخرى من خلال برنامج MSSP أو من خلال أي جهة مؤهلة أخرى من اختياري.
- لن أتلقى خدمات برنامج MSSP إلا أذا بقيت الأموال الفيدرالية وأموال الولاية متاحة. وعلاوة على ذلك، لن أظل مؤهلًا للحصول على خدمات البرنامج إذا تجاوزت تكلفة تقديم الخدمات لي المبالغ المخصصة لرعايتي في الميزانية، أو إذا قرر البرنامج أنني لم أعد أستفيد من هذه الخدمات، أو إذا لم يعد هناك خطر وشيك يستدعي إيداعي في مرفق للرعاية المؤسسية، أو إذا أصبحت غير مؤهل للحصول على مخصصات برنامج Medi-Cal، أو إذا رفضت أو لم أتمكن من الامتثال لمتطلبات البرنامج، مثل الزيارات المنزلية الإلزامية.
- يجوز لي طلب عقد جلسة استماع عادلة على مستوى الولاية إذا رُفض طلبي للمشاركة في البرنامج، أو إذا تم إنهاء مشاركتي في البرنامج، أو إذا لم أكن راضيًا عن الخدمات التي أتلقاها.

لقد تمت الإجابة عن جميع أسئلتي الحالية المتعلقة ببرنامج MSSP إجابةً كاملة. وإذا كانت لديّ أي أسئلة أخرى، فينبغي لي التواصل مع:

موظفي برنامج MSSP: _____ رقم الهاتف: _____

توقيع مقدِّم الطلب: _____ التاريخ: _____

لقد شرحتُ برنامج الخدمات الاجتماعية متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP) وطبيعة المشاركة المطلوبة من مقدِّم الطلب. كما أجبتُ عن الأسئلة المتعلقة بالبرنامج التي طرحها مقدِّم الطلب أو الأشخاص الذين طرحوها نيابةً عنه. وقد زوّدتُ مقدِّم الطلب بنسخة من هذا النموذج، ونسخة من وثيقة "حقوق المشاركين"، ونسخة من إشعار إدارة الخدمات و الرعاية الاجتماعية بولاية كاليفورنيا بعنوان "حقوقك بموجب برامج المخصصات العامة في ولاية كاليفورنيا."

أشهد بموجب هذا على صحة التوقيع الوارد أعلاه:

توقيع ممثل برنامج MSSP: _____ التاريخ: _____

تسلّم مقدِّم الطلب نسخة من هذا النموذج في التاريخ التالي: _____