

إقرار اختيار المنتفع للخدمات/ترتيبات المعيشة في إعفاء Medicaid
DS 2200-ARA (Rev. 2/2000) (Electronic Version)

تم إبلاغ المنتفع أو ولي أمره/الوصي القانوني أو الممثل القانوني أو أي شخص آخر معني بالبدل الممكن للخدمات المتاحة. وقد عُرض على المنتفع خيار تلقي مثل هذه الخدمات في منشأة رعاية مجتمعية سكنية، أو في ترتيبات معيشية في المنزل، أو في مرفق صحي طويل الأمد (ICF/DD)، أو ICF/DD-H، أو ICF/DD-N).

معلومات تحديد هوية المنتفع/تاريخ الاختيار	
اسم المنتفع	تاريخ الاختيار (تاريخ استكمال النموذج)
رقم UCI	تاريخ الميلاد

خيارات الخدمات/ترتيبات المعيشة

I. القاصرون

المنتفع قاصر. لقد تم اختيار ترتيبات المعيشة من قِبل ☐ ولي الأمر ☐ الوصي القانوني، أو ☐ الممثل القانوني كما هو موضح في القسم III أدناه:

التوقيع	التاريخ
---------	---------

II. البالغون

a. المنتفع هو شخص بالغ وقد اختار ترتيب المعيشة كما هو موضح في القسم III أدناه:

توقيع العميل/ علامة ("X")	التاريخ	توقيع الشاهد	التاريخ
---------------------------	---------	--------------	---------

المنتفع شخص بالغ ولكنه غير قادر على اتخاذ مثل هذا الخيار. تم اختيار ترتيبات المعيشة من قِبل:

b. ☐ الممثل القانوني للمنتفع؛ أو إذا لم يكن لدى العميل ممثل قانوني

c. ☐ أولياء أمور المنتفع أو أقاربه أو الأشخاص الآخرين المشاركين بشكل نشط في تطوير خطة رعاية المنتفع؛

التوقيع	التاريخ
---------	---------

III. الخدمات/ترتيبات المعيشة

A. ☐ مرفق صحي طويل الأمد (ICF/DD، ICF/DD-H، أو ICF/DD-N)

B. ☐ منشأة رعاية مجتمعية سكنية، أو

C. ☐ اختيار المنتفع لترتيبات المعيشة بخلاف المذكورة أعلاه (يرجى التحديد):

--

IV. إلغاء التحاق في إعفاء Medicaid

A. ☐ أختار أنا أو الوصي القانوني/الممثل الخاص بي إنهاء مشاركتي في إعفاء Medicaid. وبما أن هذا هو اختياري، لن أطلب جلسة استماع عادلة.

التوقيع	التاريخ
---------	---------

V. ملاحظات:

تعليمات إعفاء Medicaid بيان اختيار المنتفع للخدمات/ترتيبات المعيشة

بموجب شروط الباب XIX من برنامج إعفاء Medicaid، يجب إبلاغ كل منتفع بأي خدمات بديلة ممكنة بموجب الإعفاء وإعطائه خيار تلقي هذه الخدمات في منشأة سكنية للرعاية المجتمعية، أو ترتيبات المعيشة في المنزل، أو مرفق صحي طويل الأمد. إذا لم يتم تقديم أو توفير هذه الخدمات، فيجب إعلام المنتفع أو ممثله بحقه في جلسة استماع عادلة.

يجب إكمال نموذج DS 2200 لإعفاء Medicaid الخاص باختيار المنتفع للخدمات/ترتيبات المعيشة على النحو التالي:

معلومات تحديد هوية المنتفع/تاريخ الاختيار

أدخل الاسم الأول والأخير للمنتفع.

أدخل التاريخ الذي يتم فيه تقديم الاختيار والذي يجب أن يكون متزامناً مع التاريخ الذي يتم فيه تسجيل المنتفع مبدئياً في برنامج إعفاء Medicaid أو تاريخ إعادة التسجيل في برنامج إعفاء Medicaid بعد فترة عدم أهلية تزيد عن 120 يوماً.

أدخل الرقم التعريفي الفريد للمنتفع (UCI).

أدخل تاريخ ميلاد المنتفع.

خيارات الخدمات/ترتيبات المعيشة

الأشخاص التالي ذكرهم مسؤولون عن اتخاذ قرار اختيار الخدمات/ترتيبات المعيشة الخاصة بإعفاء Medicaid. يجب أن يكون توقيع هؤلاء الأشخاص متوافقاً مع التوقيعات الخاصة بنماذج الموافقة الأخرى، ونماذج الإفصاح عن المعلومات والنماذج الأخرى الموجودة في سجل المنتفع.

القاصرون

يجب على ولي الأمر/الوصي القانوني/الممثل القانوني اتخاذ الاختيار من خلال وضع علامة في المربع الذي يشير إلى من يقوم بالاختيار والتوقيع على النموذج وتأريخه. يجب وضع علامة على المربع (أ) أو (ب) أو (ج) في القسم III، الخدمات/ترتيبات المعيشة.

البالغون

a. ويحدد المنتفع اختياره من خلال التوقيع باسمه أو وضع علامة. يجب أن تكون العلامة التي يضعها المنتفع مشهوداً عليها. يمكن أن يكون أحد ممثلي الفريق متعدد التخصصات (ID) شاهداً. يجب أن يكون التاريخ محدد على نموذج الاختيار. يجب وضع علامة على المربع (أ) أو (ب) أو (ج) في القسم III، الخدمات/ترتيبات المعيشة.

أو

b. المنتفع لديه ممثل قانوني. يجب على الممثل القانوني أن يقوم بالاختيار من خلال وضع علامة في المربع الذي يشير إلى من يقوم بالاختيار، والتوقيع على النموذج وتأريخه. يجب وضع علامة على المربع (أ) أو (ب) أو (ج) في القسم III، الخدمات/ترتيبات المعيشة.

أو

فريق ID

c. يجب على الوالدين أو الأقارب أو غيرهم من المشاركين في وضع خطة رعاية المنتفع الذين يمثلون فريق ID لأولئك المنتفعين غير القادرين على تحديد اختيارهم وليس لديهم ممثل قانوني، أن يقوموا باتخاذ الخيار من خلال وضع علامة في المربع الذي يشير إلى الشخص الذي يقوم بالاختيار والتوقيع على النموذج وتأريخه. يجب وضع علامة على المربع (أ) أو (ب) أو (ج) في القسم III، الخدمات/ترتيبات المعيشة.

اختيار المنتفع للانسحاب من برنامج إعفاء HCBS

إذا رغب منتفع HCBS أو أحد والديه أو الوصي القانوني عليه أو ممثله في إنهاء التسجيل طوعية، فيجب على المنتفع أو أحد والديه أو الوصي القانوني عليه أو ممثله وضع علامة في المربع والتوقيع على النموذج وتأريخه لتسجيل اختياره.

ملاحظات

استخدم هذا القسم لتقديم أي توضيح أو تفسير فيما يتعلق باختيار الخدمات/ترتيبات المعيشة، أو التوقيعات، أو التواريخ المقدمة.

ملاحظة: في الحالات التي لا يمكن فيها تقديم الخدمات أو اختيار ترتيبات المعيشة (المجتمع أو المرفق الصحي)، يجب إعلام المنتفع/ولي الأمر/الوصي القانوني أو الممثل القانوني/الشخص الآخر المعني بحقه في جلسة استماع عادلة.