

MEDICAID-ի ՀԱՄԱՐՈՒՄ ՍՊԱՌՈՂԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆԸ/
ԿԵՑՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
DS 2200-ARM (Rev. 2/2000) (Electronic Version)

Սպառողը, ծնողը/օրինական խնամակալը կամ օրինական ներկայացուցիչը կամ ներգրավված այլ անձ տեղեկացվել է հասանելի ծառայությունների հնարավոր այլընտրանքի մասին: Սպառողին առաջարկվել է նման ծառայություններ ստանալ համայնքային խնամքի բնակելի հաստատությունում, տնային պայմաններում բնակության վայրում կամ երկարաժամկետ խնամքի առողջապահական հաստատությունում (ICF/DD, ICF/DD-H կամ ICF/DD-N):

Սպառողի նույնականացման տեղեկատվությունը/Ընտրության ամսաթիվը

Սպառողի անունը	Ընտրության ամսաթիվ (ձևի լրացման ամսաթիվը)
UCI	Ծննդյան ամսաթիվ

Ծառայությունների ընտրություն/Կեցության կազմակերպում

I. ԱՆՉԱՓԱՀԱՍՆԵՐ

Սպառողը անչափահաս է: Բնակելի պայմանների ընտրությունը կատարվել է ☐ ծնողի կողմից, ☐ օրինական խնամակալի կողմից, կամ ☐ օրինական ներկայացուցչի կողմից, ինչպես նշված է ստորև Բաժին III-ում:

Ստորագրություն

Ամսաթիվ

II. ՄԵԾԱՀԱՍՏԱԿՆԵՐ

a. Սպառողը չափահաս է և ընտրել է բնակության պայմանները, ինչպես նշված է ստորև Բաժին III-ում:

Հաճախորդի ստորագրությունը/նշանը («X»)

Ամսաթիվ

Վկայի ստորագրությունը

Ամսաթիվ

Սպառողը չափահաս է, բայց ի վիճակի չէ նման ընտրություն կատարել: Բնակելի պայմանների ընտրությունը կատարվել է.

- b. ☐ Սպառողի օրինական ներկայացուցիչ: կամ, եթե հաճախորդը չունի օրինական ներկայացուցիչ
- c. ☐ Սպառողի ծնողները, հարազատները կամ սպառողի խնամքի ծրագրի մշակման մեջ ակտիվորեն ներգրավված այլ անձինք,

Ստորագրություն

Ամսաթիվ

III. ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ/ԿԵՑՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄ

- A. ☐ Երկարատև խնամքի առողջապահական հաստատություն (ICF/DD, ICF/DD-H կամ ICF/DD-N)
- B. ☐ Համայնքային խնամքի բնակելի հաստատություն, կամ
- C. ☐ Սպառողի կողմից վերը նշվածից տարբեր բնակավայրերի ընտրությունը (նշեք)` _____

IV. MEDICAID-Ի ՀԱՄԱՐՈՒՄԻՑ ԱՊԱՆԴԱՄԱԳՐՈՒՄ

- A. ☐ Ես որոշում եմ/իմ օրինական խնամակալը/ներկայացուցիչը որոշում է դադարեցնել Medicaid-ի հրաժարման իմ մասնակցությունը: Քանի որ սա իմ ընտրությունն է, ես չեմ պահանջի արդար լսում:

Ստորագրություն

Ամսաթիվ

V. ՄԵԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ MEDICAID-Ի ՀՐԱԺԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՍՊԱՌՈՂՆԵՐԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ/ԿԵՑՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ըստ Medicaid-ի հրաժարման ծրագրի Վերնագիր XIX, յուրաքանչյուր սպառող պետք է տեղեկացված լինի Հրաժարման ներքո գտնվող ցանկացած հնարավոր այլընտրանքային ծառայությունների մասին և ընտրության իրավունք ունենա ստանալ այդ ծառայությունները համայնքային խնամքի բնակելի հաստատությունում, տանը բնակության վայրում կամ երկարաժամկետ խնամքի առողջապահական հաստատությունում: Եթե այդ ծառայությունները չեն առաջարկվում կամ հասանելի չեն, սպառողը կամ նրա ներկայացուցիչը պետք է տեղեկացված լինեն արդար լսման իրավունքի մասին:

DS 2200 Medicaid-ի հրաժարում Սպառողների ծառայությունների ընտրություն/կեցության կազմակերպումը պետք է լրացվի հետևյալ կերպ.

Սպառողի նույնականացման տեղեկատվությունը/Ընտրության ամսաթիվը

Մուտքագրեք սպառողի անունը և ազգանունը՝

Մուտքագրեք առաջարկվող ընտրության ամսաթիվը, որը պետք է համընկնի այն ամսաթվի հետ, երբ սպառողը կամ ի սկզբանե ընդգրկվել է Medicaid-ի հրաժարման ծրագրում, կամ Medicaid հրաժարման ծրագրում վերագրանցվելու ամսաթիվը՝ 120 օրից ավելի անհամապատասխանության ժամկետից հետո:

Մուտքագրեք սպառողի եզակի նույնացուցիչը (UCI)՝

Մուտքագրեք սպառողի ծննդյան ամսաթիվը՝

Ծառայությունների ընտրություն/Կեցության կազմակերպում

Հետևյալ անձինք պատասխանատու են Medicaid հրաժարման ծառայությունների/կեցության կազմակերպման ընտրության համար: Նման անձանց ստորագրությունը պետք է համահունչ լինի սպառողի գրառման մեջ պարունակվող այլ համաձայնության ձևերի, տեղեկատվության բացահայտման ձևաթղթերի և այլնի ստորագրություններին:

Անչափահասներ

Ծնողը/օրինական խնամակալը/օրինական ներկայացուցիչը պետք է ընտրություն կատարի՝ նշելով վանդակը՝ նշելով, թե ով է ընտրությունը կատարում, ստորագրում և թվագրում է ձևաթուղթը: Բաժին III՝ Ծառայություններ/Կեցության կազմակերպում A, B կամ C վանդակում պետք է նշումներ լինեն:

Մեծահասակներ

- a. Սպառողը նշում է իր ընտրությունը՝ ստորագրելով իր անունը կամ դնելով իր նշանը: Սպառողի նշանը դնելուն պետք է վկա լինի: Վկա կարող է լինել միջոցառող (ID) թիմի ներկայացուցիչը: Ընտրության ձևը պետք է թվագրված լինի: Բաժին III՝ Ծառայություններ/Կեցության կազմակերպում A, B կամ C վանդակում պետք է նշումներ լինեն:

ԿԱՄ

- b. Սպառողն ունի օրինական ներկայացուցիչ: Օրինական ներկայացուցիչը պետք է ընտրություն կատարի՝ նշելով վանդակը՝ նշելով, թե ով է ընտրությունը կատարում, ստորագրելով և թվագրելով ձևաթուղթը: Բաժին III՝ Ծառայություններ/Կեցության կազմակերպում A, B կամ C վանդակում պետք է նշումներ լինեն:

ԿԱՄ

ID թիմ

- c. Ծնողները, հարազատները կամ սպառողի խնամքի ծրագրի մշակման մեջ ներգրավված այլ անձինք, ովքեր ներկայացնում են ID թիմը այն սպառողների համար, ովքեր ի վիճակի չեն նշել իրենց ընտրությունը և չունեն օրինական ներկայացուցիչ, պետք է ընտրություն կատարեն՝ նշելով վանդակը, որը ցույց է տալիս, թե ով է ընտրությունը կատարում, ստորագրում և թվագրում է ձևաթուղթը: Բաժին III՝ Ծառայություններ/Կեցության կազմակերպում A, B կամ C վանդակում պետք է նշումներ լինեն:

Սպառողների ընտրությունն ապանդամագրվել HCBS հրաժարման ծրագրից

Եթե HCBS սպառողը կամ նրա ծնողը, օրինական խնամակալը, ներկայացուցիչը ցանկանում է կամովին դադարեցնել գրանցումը, ապա սպառողը կամ նրա ծնողը, օրինական խնամակալը, ներկայացուցիչը պետք է նշի վանդակը և ստորագրի և թվագրի ձևաթուղթը՝ իր ընտրությունը փաստաթղթավորելու համար:

Մեկնաբանություններ

Օգտագործեք այս բաժինը ցանկացած պարզաբանում կամ բացատրություն տրամադրելու համար՝ կապված ծառայությունների ընտրության/կեցության կազմակերպման, ստորագրությունների կամ տրամադրված ամսաթվերի հետ:

ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ. Այն դեպքերում, երբ ծառայությունները կամ բնակության վայրի ընտրությունը (համայնք կամ առողջապահական հաստատություն) չեն կարող տրամադրվել, սպառողին/ծնողին/օրինական խնամակալին կամ օրինական ներկայացուցիչին/մասնակցված այլ անձին պետք է տեղեկացվի, որ նրանք ունեն արդար լսման իրավունք: