

MEDICAID 豁免计划客户服务/生活安排选择声明
DS 2200-CH SIMP (Rev. 2/2000) (Electronic Version)

客户、家长/法定监护人或法定代表，或其他相关人员已获悉可用的可行替代服务。客户可以选择在社区护理住宅设施、居家生活安排或在长期健康设施 (ICF/DD、ICF/DD-H 或 ICF/DD-N) 中接受此类服务。

客户身份信息/选择日期

客户姓名	选择日期 (填表日期)
UCI	出生日期

服务选择/居住安排

一、 未成年人

客户是未成年人。居住安排的选择由 家长、 法定监护人或 法定代表作出，如下文第三部分所示：

签名 日期

二、 成年人

a. 客户是成年人，并已选择以下第三部分所示的居住安排：

客户签名/标记 (“X”) 日期 见证人签名 日期

客户是成年人，但无法作出此选择。居住安排的选择由以下人员作出：

- b. 客户的法律代表，或者如果客户没有法律代表
- c. 客户的家长、亲属或其他积极参与制定客户的护理计划的人员；

签名 日期

三、 服务/居住安排

- A. 长期健康设施 (ICF/DD、ICF/DD-H 或 ICF/DD-N)
- B. 社区护理居住设施，或
- C. 客户选择上述以外的居住安排 (请具体说明) : _____

四、 退出 MEDICAID 豁免计划

A. 我选择/我的法定监护人/代表选择终止我的 Medicaid 豁免计划参与。由于这是我的选择，我不会申请公平听证。

签名 日期

五、 备注：

关于 MEDICAID 豁免计划客户服务/居住安排选择声明的说明

根据 Title XIX Medicaid Waiver Program (第十九章 Medicaid 豁免计划) 的规定, 必须向每位客户告知豁免计划项下所有可行的替代服务, 并且客户有权选择在社区护理住宅设施、居家生活安排或长期健康机构中接受这些服务。如果这些服务未提供或无法提供, 必须向客户或其代表被告知其有权申请公平听证。

DS 2200 Medicaid 豁免计划客户服务/居住安排选择表填写说明如下:

客户身份信息/选择日期

填写客户的名字和姓氏。

填写提供选择的日期, 该日期应与客户最初注册 Medicaid 豁免计划的日期一致, 或与其在超过 120 天不符合资格期满后重新注册 Medicaid 豁免计划的日期一致。

填写客户的唯一标识符 (UCI)。

填写客户的出生日期。

服务选择/居住安排

以下人员负责作出 Medicaid 豁免计划服务/居住安排选择的决定。这些人员的签名必须与客户记录中保存的其他同意书、信息披露授权书等文件上的签名一致。

未成年人

家长/法定监护人/法定代表必须通过勾选表示做出选择的框, 然后签名并注明日期, 以作出选择。必须标记第三部分“服务/居住安排”中的 A、B 或 C 框。

成年人

a. 客户通过签名或做出标记, 以表示他的选择。客户所做的标记必须由见证人证明。跨学科 (ID) 团队的代表可能是见证人。选择表必须注明日期。必须标记第三部分“服务/居住安排”中的 A、B 或 C 框。

或者

b. 客户有法律代表。法定代表必须通过勾选相应选项以指明选择人, 并在表格上签名并注明日期, 以作出选择。必须标记第三部分“服务/居住安排”中的 A、B 或 C 框。

或者

ID 团队

c. 对于无法自行作出选择且没有法定代表的客户, 其家长、亲属或其他参与客户护理计划制定且代表 ID 团队的人员必须通过勾选相应选项以指明选择人, 并在表格上签名并注明日期, 以作出选择。必须标记第三部分“服务/居住安排”中的 A、B 或 C 框。

客户选择退出 HCBS Waiver Program (HCBS 豁免计划)

如果 HCBS 客户或其家长、法定监护人、代表希望自愿终止注册, 该客户或其家长、法定监护人、代表应勾选相应选项, 并在表格上签名并注明日期, 以记录其选择。

备注

请使用此部分对服务/居住安排选择、签名或提供的日期进行任何必要的说明或解释。

注意: 在无法提供所选服务或居住安排 (社区或健康设施) 的情况下, 必须告知客户/家长/法定监护人或法定代表/其他相关人员, 他们有权申请公平听证。