

**MEDICAID 豁免計畫客戶服務/生活安排選擇聲明**  
**DS 2200-CH TRAD (Rev. 2/2000) (Electronic Version)**

客戶、家長/法定監護人或法定代表，或其他相關人員已獲悉可用的可行替代服務。客戶可以選擇在社區護理住宅設施、居家生活安排，或在長期健康設施 (ICF/DD、ICF/DD-H 或 ICF/DD-N) 中接受此類服務。

**客戶身分資訊/選擇日期**

客戶姓名	選擇日期 ( 填表日期 )
UCI	出生日期

**服務/居住安排的選擇**

**一、 未成年人**

客戶是未成年人。居住安排的選擇由  家長、  法定監護人，或  
 法定代表作出，如下文第三部分所示：

\_\_\_\_\_  
 簽名

\_\_\_\_\_  
 日期

**二、 成年人**

a. 客戶是成年人，並已選擇以下第三部分所示的居住安排：

\_\_\_\_\_  
 客戶簽名/標記 (「X」)

\_\_\_\_\_  
 日期

\_\_\_\_\_  
 見證人簽名

\_\_\_\_\_  
 日期

客戶是成年人，但無法作出此選擇。居住安排的選擇由以下人員作出：

- b.  客戶的法律代表，或者如果客戶沒有法律代表
- c.  客戶的家長、親屬或其他積極參與制定客戶護理計畫的人員；

\_\_\_\_\_  
 簽名

\_\_\_\_\_  
 日期

**三、 服務/居住安排**

- A.  長期健康設施 (ICF/DD, ICF/DD-H 或 ICF/DD-N)
- B.  社區照護住宅機構，或
- C.  客戶選擇的其他居住安排 ( 請具體說明 )： \_\_\_\_\_

**四、 退出 MEDICAID 豁免計畫**

- A.  我選擇 / 我的法定監護人 / 代表選擇終止我的 Medicaid 豁免計畫參與。由於這是我的選擇，我不會申請公平聽證。

\_\_\_\_\_  
 簽名

\_\_\_\_\_  
 日期

**五、 備註：**

## 關於 MEDICAID 豁免計畫客戶服務/居住安排選擇聲明的說明

根據 Title XIX Medicaid Waiver Program ( 第十九章 Medicaid 豁免計畫 ) 的規定，必須向每位客戶告知豁免計畫項下所有可行的替代服務，並且客戶有權選擇在社區護理住宅設施、居家生活安排或長期健康機構中接受這些服務。如果這些服務未提供或無法提供，必須向客戶或其代表告知其有權申請公平聽證。

DS 2200 Medicaid 豁免計畫客戶服務/居住安排選擇表填寫說明如下：

客戶身分資訊/選擇日期

填寫客戶的名字和姓氏。

填寫提供選擇的日期，該日期應與客戶最初註冊 Medicaid 豁免計畫的日期一致，或與其在超過 120 天不符合資格期滿後重新註冊 Medicaid 豁免計畫的日期一致。

填寫客戶的唯一識別碼 (UCI)。

填寫客戶的出生日期。

服務/居住安排的選擇

以下人員負責作出 Medicaid 豁免計畫服務/居住安排選擇的決定。這些人員的簽名必須與客戶記錄中保存的其他同意書、資訊披露授權書等文件上的簽名一致。

未成年人

家長 / 法定監護人 / 法定代表必須勾選表示做出選擇的框，然後簽名並注明日期，以作出選擇。必須標記第三部分「服務/居住安排」中的 A、B 或 C 框。

成年人

- a. 客戶透過簽名或做出標記，以表示他的選擇。客戶所做的標記必須由見證人證明。跨學科 (ID) 團隊的代表可以擔任見證人。選擇表必須注明日期。必須標記第三部分「服務/居住安排」中的 A、B 或 C 框。

或

- b. 客戶有法律代表。法定代表必須勾選相應選項以指明選擇人，並在表格上簽名並注明日期，以作出選擇。必須標記第三部分「服務/居住安排」中的 A、B 或 C 框。

或

ID 團隊

- c. 對於無法自行作出選擇且沒有法定代表的客戶，其家長、親屬或其他參與客戶護理計畫制定且代表 ID 團隊的人員必須勾選相應選項以指明選擇人，並在表格上簽名並注明日期，以作出選擇。必須標記第三部分「服務/居住安排」中的 A、B 或 C 框。

客戶選擇退出 HCBS Waiver Program (HCBS 豁免計畫)

如果 HCBS 客戶或其家長、法定監護人、代表希望自願終止註冊，該客戶或其家長、法定監護人、代表應勾選相應選項，並在表格上簽名並注明日期，以記錄其選擇。

備註

請使用此部分對服務/居住安排選擇、簽名或提供的日期進行任何必要的說明或解釋。

注意：在無法提供所選服務或居住安排 ( 社區或健康設施 ) 的情況下，必須告知客戶/家長/法定監護人或法定代表/其他相關人員，他們有權申請公平聽證。