

انتخاب خدمات مصرف کننده/بیانیه تنظیم

زندگی در ارتباط با معافیت **MEDICAID**

DS 2200-FAR (Rev. 2/2000) (Electronic Version)

مصرف کننده، والدین/سرپرست قانونی، یا نماینده قانونی، یا شخص دیگری که درگیر است از جایگزین امکان پذیر خدمات موجود مطلع شده است. به مصرف کننده این پیشنهاد داده شده است که چنین خدماتی را در یک مرکز اقامتی مراقبت اجتماعی، در یک محل زندگی در خانه، یا در یک مرکز بهداشتی بلندمدت (ICF/DD-H، ICF/DD، یا ICF/DD-N) انتخاب کند.

اطلاعات شناسایی مصرف کننده/تاریخ انتخاب

نام مصرف کننده	تاریخ انتخاب (فرم تاریخ تکمیل شده)
UCI	تاریخ تولد

انتخاب خدمات / ترتیب زندگی

I. خردسالان

مصرف کننده خردسال است. انتخاب محل زندگی توسط ☐ والدین، ☐ سرپرست قانونی یا ☐ نماینده قانونی همانطور که در بخش III در زیر ذکر شده است انجام شده است:

امضا	تاریخ
------	-------

II. بزرگسالان

a. مصرف کننده یک بزرگسال است و ترتیب زندگی را همانطور که در بخش III در زیر نشان داده شده است انتخاب کرده است:

تاریخ	امضای شاهد	تاریخ	امضا/علامت مشتری ("X")
-------	------------	-------	------------------------

- مصرف کننده بزرگسال است اما نمی تواند چنین انتخابی داشته باشد. انتخاب محل زندگی انجام شده است توسط:
- b. ☐ نماینده قانونی مصرف کننده؛ یا اگر مشتری نماینده قانونی نداشته باشد
- c. ☐ والدین مصرف کننده، بستگان یا سایر افرادی که فعالانه در توسعه برنامه مراقبت از مصرف کننده مشارکت دارند.

امضا	تاریخ
------	-------

III. خدمات / تنظیم زندگی

- A. ☐ یک مرکز بهداشتی جهت سکونت بلند مدت (ICF/DD، ICF/DD-H، یا ICF/DD-N)
- B. ☐ یک مرکز اقامتی مراقبت اجتماعی، یا
- C. ☐ انتخاب مصرف کننده برای ترتیب زندگی به غیر از موارد فوق (لطفاً مشخص کنید):

IV. انصراف از انصراف MEDICAID

- A. ☐ من انتخاب می کنم / سرپرست/ نماینده قانونی من تصمیم می گیرد که مشارکت من در Medicaid Waiver را خاتمه دهد. از آنجایی که این انتخاب من است، من درخواست رسیدگی عادلانه نخواهم کرد.

امضا	تاریخ
------	-------

V. نظرات:

دستورالعمل هایی برای چشم پوشی از دارو بیانیه انتخاب خدمات/محل زندگی از سوی مصرف کننده

بر اساس شرایط برنامه معافیت عنوان XIX Medicaid، هر مصرف کننده باید از هرگونه خدمات جایگزین امکان پذیر تحت معافیت مطلع شود و حق انتخابی برای دریافت آن خدمات در یک مرکز اقامتی مراقبت اجتماعی، ترتیبات زندگی در خانه، یا مرکز بهداشتی بلندمدت به او داده شود. اگر این خدمات ارائه یا در دسترس نباشد، مصرف کننده یا نماینده او باید از حق او برای رسیدگی عادلانه مطلع شود.

DS 2200 Medicaid Waiver Consumer Choice of Services/Living Arrangement باید به شرح زیر تکمیل شود:

اطلاعات شناسایی مصرف کننده/تاریخ انتخاب

نام و نام خانوادگی مصرف کننده را وارد کنید.

تاریخ پیشنهادی را وارد کنید که باید همزمان با تاریخی باشد که مصرف کننده برای اولین بار در برنامه معافیت Medicaid ثبت نام کرده است یا تاریخ ثبت نام مجدد در برنامه معافیت Medicaid پس از یک دوره عدم واجد شرایط بودن بیش از 120 روز.

شناسه منحصر به فرد مصرف کننده (UCI) را وارد کنید.

تاریخ تولد مصرف کننده را وارد کنید.

انتخاب خدمات / ترتیب زندگی

افراد زیر مسئول انتخاب خدمات/تعیین ترتیب زندگی در معافیت Medicaid هستند. امضای چنین افرادی باید با امضای سایر فرم های رضایت، فرم های انتشار اطلاعات و غیره موجود در سوابق مصرف کننده مطابقت داشته باشد.

خردسالان

والدین / سرپرست قانونی / نماینده قانونی باید با علامت گذاری کادری که نشان می دهد چه کسی انتخاب می کند، امضا و تاریخ گذاری فرم را انتخاب کند. مربع B، A، یا C در بخش III، خدمات / ترتیب زندگی باید علامت گذاری شود.

بزرگسالان

a. مصرف کننده انتخاب خود را با امضای نام خود یا نشان دادن علامت خود نشان می دهد. علامت مصرف کننده باید شاهد باشد. یک نماینده از تیم بین رشته ای (ID) ممکن است شاهد باشد. فرم انتخاب باید دارای تاریخ باشد. مربع B، A، یا C در بخش III، خدمات / ترتیب زندگی باید علامت گذاری شود.

یا

b. مصرف کننده یک نماینده قانونی دارد. نماینده قانونی باید با علامت گذاری در کادری که انتخاب کننده است، امضاء و تاریخ گذاری فرم را انتخاب کند. مربع B، A، یا C در بخش III، خدمات / ترتیب زندگی باید علامت گذاری شود.

یا

تیم ID

c. والدین، خویشاوندان یا سایر افراد دخیل در توسعه طرح مراقبت از مصرف کننده که نماینده تیم ID برای آن دسته از مصرف کنندگانی هستند که نمی توانند انتخاب خود را نشان دهند و نماینده قانونی ندارند، باید با علامت گذاری کادری که نشان می دهد چه کسی انتخاب می کند، امضا می کند و تاریخ گذاری فرم را انتخاب می کنند. مربع B، A، یا C در بخش III، خدمات / ترتیب زندگی باید علامت گذاری شود.

انتخاب مصرف کننده برای حذف نام از برنامه HCBS Waiver

در صورتی که مصرف کننده HCBS یا والدین، سرپرست قانونی، نماینده وی بخواهد داوطلبانه ثبت نام خود را خاتمه دهد، مصرف کننده یا والدین، سرپرست قانونی، نماینده وی باید جعبه را علامت زده و فرم را امضا کرده و تاریخ را برای مستند کردن انتخاب خود ثبت کند.

نظرات

از این بخش برای ارائه هرگونه توضیح یا توضیح در مورد انتخاب خدمات / ترتیب زندگی، امضاها یا تاریخ های ارائه شده استفاده کنید.

توجه: در مواردی که خدمات یا انتخاب محل زندگی (اجتماعی یا تسهیلات بهداشتی) نمی تواند ارائه شود، مصرف کننده / والدین / سرپرست قانونی یا نماینده قانونی / سایر افراد درگیر باید مطلع شوند که حق دارند از دادرسی منصفانه برخوردار شوند.