

**메디케이드 면제 소비자 서비스/거주 형태 선택 진술서**  
**DS 2200-KO (Rev. 2/2000) (Electronic Version)**

소비자, 부모/법적보호자 또는 법적대리인 또는 관련자에게 이용 가능한 대체 서비스에 대한 정보가 제공되었습니다. 소비자는 지역사회 요양 시설, 자택 거주 형태 또는 장기 요양 시설(ICF/DD, ICF/DD-H 또는 ICF/DD-N)에서 이러한 서비스를 받을 수 있는 선택권이 주어졌습니다.

**소비자 신원 정보/선택 날짜**

소비자 이름	선택 날짜(양식 작성 날짜)
UCI	생년월일

**서비스/거주 형태 선택**

**I. 미성년자**

소비자가 미성년자입니다. 거주 형태 선택을 한 사람은  부모,  법적 보호자 또는  아래 섹션 III에 명시된 법적 대리인입니다:

\_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜

**II. 성인**

a. 소비자는 성인이며 아래 섹션 III에 명시된 대로 거주 형태를 선택했습니다:

\_\_\_\_\_ 고객의 서명/표시("X") \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_ 증인 서명 \_\_\_\_\_ 날짜

소비자는 성인이지만 이러한 선택을 할 수 없습니다. 거주 형태 선택은 다음에 의해 이루어졌습니다:

- b.  소비자의 법적 대리인; 또는 고객에게 법적 대리인이 없는 경우
- c.  소비자의 부모, 친척 또는 소비자의 돌봄 계획 수립에 적극적으로 관여하는 다른 사람;

\_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜

**III. 서비스/거주 형태**

- A.  장기 요양 시설(ICF/DD, ICF/DD-H 또는 ICF/DD-N)
- B.  지역사회 요양 시설 또는
- C.  소비자가 위에 언급된 것 외에 선택한 거주 형태(명시해 주세요): \_\_\_\_\_

**IV. 메디케이드 면제 프로그램 탈퇴**

- A.  본인/본인의 법적 보호자/대리인은 메디케이드 면제 프로그램 참여를 종료하기로 선택합니다. 이것은 본인의 선택이므로 공정한 청문회를 요청하지 않겠습니다.

\_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_ 날짜

**V. 의견:**

## I 메디케이드 면제 지침 소비자 서비스/거주 형태 선택 진술서

타이틀 XIX 메디케이드 면제 프로그램의 규정에 따라, 각 소비자는 면제 프로그램 내에서 이용 가능한 대체 서비스에 대한 정보를 제공받아야 하며, 지역사회 요양 시설, 자택 거주 형태 또는 장기 요양 시설에서 해당 서비스를 받을 수 있는 선택권을 가져야 합니다. 이러한 서비스가 제공되지 않거나 이용 가능하지 않은 경우, 소비자 또는 그의 대리인에게 공정한 청문회를 받을 권리가 있음을 알려야 합니다.

DS 2200 메디케이드 면제 프로그램 소비자 서비스/거주 형태 선택 양식은 다음과 같이 작성해야 합니다:

### 소비자 신원 정보/선택 날짜

소비자의 이름과 성을 입력하세요.

선택이 제공된 날짜를 입력하세요. 이 날짜는 소비자가 메디케이드 면제 프로그램에 최초 등록한 날짜 또는 120일 이상의 자격을 상실한 후 재등록한 날짜와 일치해야 합니다.

소비자 고유 식별자(UCI)를 입력하세요.

소비자의 생년월일을 입력하세요.

### 서비스/거주 형태 선택

다음 사람들이 메디케이드 면제 프로그램의 서비스/거주 형태 선택 결정에 책임이 있습니다. 이러한 사람들의 서명은 다른 동의서, 정보 공개 양식 등 소비자의 기록에 포함된 서명과 일치해야 합니다.

### 미성년자

부모/법적 보호자/법적 대리인은 선택을 표시하는 상자에 체크하고, 서명 및 날짜를 기입하여 선택을 완료해야 합니다. 섹션 III, 서비스/거주 형태의 확인란 A, B 또는 C에 반드시 표시해야 합니다.

### 성인

- a. 소비자는 자신의 이름을 서명하거나 표시를 함으로써 자신의 선택을 표시합니다. 소비자의 표시는 반드시 중인이 확인해야 합니다. 통합진료(ID) 팀의 대표자가 중인이 될 수 있습니다. 선택 양식에는 날짜가 기재되어 있어야 합니다. 섹션 III, 서비스/거주 형태의 확인란 A, B 또는 C에 반드시 표시해야 합니다.

또는

- b. 소비자에게 법적 대리인이 있습니다. 법적 대리인은 선택을 표시하는 상자에 표시하고, 양식에 서명하고 날짜를 기입하여 선택해야 합니다. 섹션 III, 서비스/거주 형태의 확인란 A, B 또는 C에 반드시 표시해야 합니다.

또는

### ID 팀

- c. 선택 의사를 표시할 수 없고 법적 대리인이 없는 소비자를 위해, ID 팀을 대표하는 부모, 친척 또는 소비자의 치료 계획 개발에 참여하는 기타 관계자는 선택을 표시하는 상자에 표시하고, 양식에 서명 및 날짜를 기입하여 선택해야 합니다. 섹션 III, 서비스/거주 형태의 확인란 A, B 또는 C에 반드시 표시해야 합니다.

### HCBS 면제 프로그램 등록 탈퇴를 위한 소비자 선택

HCBS 소비자 또는 그의 부모, 법적 보호자, 대리인이 자발적으로 등록을 해지하고자 하는 경우, 소비자 또는 그의 부모, 법적 보호자, 대리인은 상자에 표시하고 양식에 서명 및 날짜를 기재하여 자신의 선택을 문서화해야 합니다.

### 의견

이 섹션을 사용하여 서비스/거주 형태 선택, 서명 또는 제공된 날짜에 대한 해명이나 설명을 제공하세요.

참고: 서비스 또는 거주 형태 (지역사회 또는 의료 시설) 선택을 할 수 없는 경우, 소비자/부모/법적 보호자 또는 법적 대리인/기타 관련자에게 공정한 청문회를 받을 권리가 있음을 알려야 합니다.