

**MEDICAID** د مصرفوونکي معافیت د خدماتو انتخاب / د ژوند کولو د ترتیب بیانیه  
 DS 2200-PAS (Rev. 2/2000) (Electronic Version)

مصرفوونکي، والدین/قانوني سرپرست، یا قانوني استازی، یا بل بنسټل شخص ته د شته خدماتو د ممکنه بدیل په اړه خبر ورکړل شوی دی. مصرفوونکي ته د ټولني اړوند د پاملرنې په استوګنځي کې، په کور کې د استوګنې په مرکز کې، یا په اوږدمهاله روغتيايي مرکز (ICF/DD-H، ICF/DD) یا (ICF/DD-N) کې د داسې خدماتو ترلاسه کولو انتخاب وړاندیز شوی دی.

**د مصرفوونکي د پېژندنې معلومات/د انتخاب نېټه**

د مصرفوونکي نوم	د انتخاب نېټه (د فورمې د بشپړېدو نېټه)
UCI	د زېږېدنې نېټه

**د خدماتو / د ژوند کولو د ترتیب انتخاب**

**I. کوچنيان**

مصرفوونکي کوچنی دی. د ژوند کولو د ترتیب انتخاب د دي له لوري شوی دی  مور او پلار،  قانوني سرپرست، یا  قانوني استازی لکه څنگه چې په لاندې III برخه کې ښودل شوی دی:

لاسليک \_\_\_\_\_ نېټه \_\_\_\_\_

**II. لویان**

a. مصرفوونکي یو بالغ دی او د ژوند کولو ترتیب یې غوره کړی دی لکه څنگه چې په لاندې III برخه کې ښودل شوی دی:

د شاهد لاسليک \_\_\_\_\_ نېټه \_\_\_\_\_ د مراجعه کوونکي لاسليک/نېټه ("X") \_\_\_\_\_ نېټه \_\_\_\_\_

مصرفوونکي یو بالغ دی خو د داسې انتخاب د ترسره کولو توان نه لري. د ژوند کولو د ترتیب انتخاب د دي له لوري ترسره شوی دی:

- b.  د مصرفوونکي قانوني استازی؛ یا، که چېرې اړونده مراجعه کوونکي قانوني استازی ونه لري
- c.  د مصرفوونکي والدین، خپلوان یا نور اشخاص چې د مصرفوونکي د پاملرنې د پلان په پراختیا کې په فعاله توګه بنسټل وي؛

لاسليک \_\_\_\_\_ نېټه \_\_\_\_\_

**III. خدمات/د ژوند کولو ترتیب**

- A.  د اوږدې مودې روغتيايي مرکز (ICF/DD-H، ICF/DD) ، یا (ICF/DD-N)
- B.  د ټولني د پاملرنې استوګنځيز مرکز، یا
- C.  د پورته ذکر شويو ځایونو پرته د مصرفوونکي د ژوند کولو انتخاب (مهرباني وکړئ په ګوته یې کړئ): \_\_\_\_\_

**IV. د MEDICAID له معافیت څخه یې برخې کېدل**

A.  زه غوره کوم/زما قانوني سرپرست/استازی زما د Medicaid د معافیت ګڼون پای ته رسوي. څرنگه چې دا زما انتخاب دی، زه به د عادلانه اورېدنې غوښتنه ونه کړم.

لاسليک \_\_\_\_\_ نېټه \_\_\_\_\_

**V. نظرونه:**

## د Medicaid د معافیت لپاره لارښوونې د خدماتو د مصرفوونکي انتخاب / د استوګنې د ترتیب بیانیه

د XIX Medicaid د معافیت برنامه د سرلیک XIX لاندې، هر مصرفوونکي ته باید د معافیت لاندې د هر ډول ممکنه بدیلو خدماتو په اړه خبر ورکړل شي او ورته د ټولني پاملرنې استوګنځي، په کور کې د ژوند کولو په ترتیب، یا اوردمهاله روغتیايي مرکز کې د دې خدماتو د ترلاسه کولو انتخاب ورکړل شي. که چېرې دا خدمات وړاندې نه شي یا شتون ونه لري، نو مصرفوونکي باید د عادلانه اورېدنې له حق څخه خبر شي.

د DS 2200 اړوند د Medicaid معافیت د خدماتو / ژوند کولو ترتیب د مصرفوونکي انتخاب باید په لاندې ډول بشپړ شي:

د مصرفوونکي د پېژندنې معلومات/د انتخاب نېټه

د مصرفوونکي لومړی او وروستی نوم دننه کړئ.

هغه نېټه ولیکي چې انتخاب وړاندې کېږي کوم چې باید له هغې نېټې سره هم مهاله وي چې مصرفوونکي یا په لومړي سر کې د Medicaid د معافیت په برنامه کې نوم لیکنه کوي یا د Medicaid د معافیت په برنامه کې د 120 ورځو څخه د زیاتي مودې لپاره د وړتیا د نه درلودلو له مودې وروسته د بیا نوم لیکنې نېټه وي.

د مصرفوونکي د ځانګړي پېژندنې (UCI) شمېره دننه کړئ.

د مصرفوونکي د زېږېدو نېټه دننه کړئ.

د خدماتو / د ژوند کولو د ترتیب انتخاب

لاندې اشخاص د Medicaid د معافیت د خدماتو / د ژوند کولو ترتیب د انتخاب د ټاکلو مسؤلیت لري. د داسې اشخاصو لاسلیک باید د رضایت د نورو فورمو، د معلوماتو د خپرولو فورمو، او داسې نورو هغو لاسلیکونو سره سمون ولري چې د مصرفوونکي په سوابقو کې شامل دي.

کوچنيان

والدين/قانوني سرپرست/قانوني استازی باید د بکس په نېټه کولو سره انتخاب وکړي چې دا په ګوته کوي چې څوک انتخاب کوي، فورمه لاسلیک کوي او نېټه پرې لیکي. د خدماتو/ژوند کولو ترتیب، په III برخه کې بکس B+A ، یا C باید په نېټه شي.

لوبان

a. اړونده مصرفوونکي د خپل نوم په لاسلیک کولو یا د خپلې نېټې په کارولو سره خپل خپل انتخاب په ډاګه کوي. د مصرفوونکي نېټه باید د لیدلو وړ وي. د څو اړخیزه خدماتو (ID) د ډلې استازی یې بنایي شاهد وي. د انتخاب اړونده فورمه باید نېټه ولري. د خدماتو/ژوند کولو ترتیب په دریمه برخه کې بکس B+A ، یا C باید په نېټه شي.

یا

b. مصرفوونکي یو قانوني استازی لري. قانوني استازی باید د هغه بکس په نېټه کولو سره چې دا په ګوته کوي چې څوک انتخاب کوي، فورمه لاسلیک او نېټه پرې ولیکي، انتخاب وکړي. د خدماتو/ژوند کولو ترتیب، په III برخه کې بکس B+A ، یا C باید په نېټه شي.

یا

د څو اړخیزه خدماتو (ID) ډله

c. والدین، خپلوان، یا نور اشخاص چې د مصرفوونکي د پاملرنې ر پلان په پراختیا کې ښکېل دي او د هغو مصرفوونکو لپاره د ID د ډلې استازیتوب کوي چې نه شي کولی خپله انتخاب په ګوته کړي او قانوني استازی ونه لري، باید د بکس په نېټه کولو سره د فورمې د انتخاب، لاسلیک او نېټې په ورکولو سره د فورمې د پای ته رسولو لپاره فورمه جوړه کړي. د خدماتو/ژوند کولو ترتیب، په III برخه کې بکس B+A ، یا C باید په نېټه شي.

د HCBS د معافیت له برنامې څخه د بې برخې کېدو لپاره د مصرفوونکي انتخاب

که چېرې د HCBS مصرفوونکي یا د هغه/هغې والدین، قانوني سرپرست، استازی و غواړي چې په خپله خوښه نوم لیکنه پای ته ورسوي، مصرفوونکي یا د هغه/هغې والدین، قانوني سرپرست، استازی باید بکس په نېټه کړي او فورمه لاسلیک او نېټه پرې ولیکي ترڅو د هغه/هغې/د دوی انتخاب مستند کړي.

نظرونه

د خدماتو / ژوند کولو ترتیباتو، لاسلیکونو، یا چمتو شوي نېټو په اړه د هر ډول وضاحت یا توضیحاتو چمتو کولو لپاره له دې برخې څخه کار واخلئ.

یادښت: په هغو مواردو کې چې خدمات یا د ژوند کولو ترتیب (ټولنه یا روغتیايي اسانتیا) نه شي چمتو کېدلی، مصرفوونکي/والدين/قانوني سرپرست یا قانوني استازی/نور ښکېل اشخاص باید خبر شي چې دوی د عادلانه اورېدنې حق لري.