

ЗАЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ О ВЫБОРЕ УСЛУГ/
УСЛОВИЙ ПРОЖИВАНИЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ MEDICAID WAIVER
DS 2200-RUS (Rev. 2/2000) (Electronic Version)

Потребитель, родитель/законный опекун, законный представитель или другое участвующее в уходе за Вами лицо были проинформированы о наличии доступных альтернативных услуг. Потребителю был предложен выбор: получать такие услуги в пансионате с постоянным проживанием и уходом, на дому или в медицинском учреждении длительного пребывания (ICF/DD, ICF/DD-H или ICF/DD-N).

Идентификационная информация о потребителе/Дата выбора

Имя и фамилия потребителя	Дата выбора (дата заполнения формы)
Уникальный идентификатор клиента (UCI)	Дата рождения

Выбор услуг/условий проживания

I. НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ

Потребитель - несовершеннолетний. Выбор условий проживания был сделан ☐ родителем, ☐ законным опекуном или ☐ законным представителем, как указано в разделе III ниже:

Подпись

Дата

II. ВЗРОСЛЫЕ

a. Потребитель является совершеннолетним и выбрал условия проживания, как указано в разделе III ниже:

Подпись/отметка потребителя ("X")

Дата

Подпись свидетеля

Дата

Потребитель является совершеннолетним, но не может сделать такой выбор. Выбор условий проживания был сделан:

- b. ☐ Законным представителем потребителя; или, если нет законного представителя
- c. ☐ Родителями, родственниками или другими лицами, активно участвующими разработке плана ухода за потребителем;

Подпись

Дата

III. УСЛУГИ/УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ

- A. ☐ Медицинское учреждение длительного пребывания (ICF/DD, ICF/DD-H или ICF/DD-N)
- B. ☐ Пансионат с постоянным проживанием и уходом или
- C. ☐ Другие условия проживания по выбору потребителя (пожалуйста, укажите):

IV. ВЫХОД ИЗ ПРОГРАММЫ MEDICAID WAIVER

- A. ☐ Я хочу/мой законный опекун/представитель хочет прекратить мое участие в программе Medicaid Waiver. Поскольку это мое решение, я не буду требовать слушания в суде.

Подпись

Дата

V. КОММЕНТАРИИ:

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ О ВЫБОРЕ УСЛУГ/ПРОЖИВАНИЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ MEDICAID WAIVER

Согласно условиям раздела XIX программы Medicaid Waiver, каждый потребитель должен быть проинформирован о любых возможных альтернативных услугах в рамках программы Waiver и иметь возможность выбора между получением этих услуг в пансионате с постоянным проживанием и уходом, на дому или в медицинском учреждении длительного пребывания. Если такие услуги не предлагаются или не доступны, потребителю или его/ее представителю должно быть разъяснено его/ее право на слушание в суде.

Заполнение бланка DS 2200 «Заявление потребителя о выборе услуг/условий проживания в рамках программы Medicaid Waiver производится следующим образом:

Идентификационная информация о потребителе/Дата выбора

Укажите имя и фамилию потребителя.

Укажите дату предложения выбора, которая должна совпадать с датой первоначального зачисления потребителя в программу Medicaid Waiver или датой повторного зачисления в программу Medicaid Waiver после периода отсутствия права на участие, превышающего 120 дней.

Укажите уникальный идентификатор клиента (UCI).

Укажите дату рождения потребителя.

Выбор услуг/условий проживания

Следующие лица отвечают за принятие решения о выборе услуг/условий проживания в рамках программы Medicaid Waiver. Подпись таких лиц должна соответствовать подписям на других формах согласия, предоставления информации и т.д., содержащихся в записях о потребителе.

Несовершеннолетние

Родитель/законный опекун/законный представитель должен сделать выбор, отметив пункт, указывающий, кто делает выбор, а также подписать и поставить дату на бланке. В пункте А, В или С раздела III "Услуги/условия проживания" должны быть проставлены отметки.

Взрослые

- a. Потребитель указывает на свой выбор, подписывая свое имя или делая отметку. Отметка потребителя должна быть засвидетельствована. В качестве свидетеля может выступать представитель междисциплинарной (ID) команды. На форме выбора должна стоять дата. В пункте А, В или С раздела III "Услуги/условия проживания" должны быть проставлены отметки.

ИЛИ

- b. У потребителя есть законный представитель. Законный представитель должен сделать выбор, поставив отметку в пункте, указывающем, кто делает выбор, а также подписать и поставить дату на форме. В пункте А, В или С раздела III "Услуги/условия проживания" должны быть проставлены отметки.

ИЛИ

Команда ID

- c. Родители, родственники или другие лица, участвующие в разработке плана ухода за потребителем, которые представляют команду ID для тех потребителей, которые не могут указать свой выбор и не имеют законного представителя, должны сделать выбор, отметив пункт, указывающий на то, кто делает выбор, а также подписать и поставить дату на бланке. В пункте А, В или С раздела III "Услуги/условия проживания" должны быть проставлены отметки.

Решение потребителя о выходе из программы HCBS Waiver

Если потребитель HCBS или его/ее родитель, законный опекун, представитель хочет добровольно прекратить участие в программе, потребитель или его/ее родитель, законный опекун, представитель должен поставить отметку в пункте, а также подписать и поставить дату на форме, чтобы подтвердить свой выбор.

Комментарии

Используйте этот раздел для пояснений или объяснений относительно выбора услуг/условий проживания, подписей или дат.

ПРИМЕЧАНИЕ: В тех случаях, когда услуги или выбор условий проживания (пансионат или медицинское учреждение) не могут быть предоставлены, потребитель/родитель/законный опекун или законный представитель/другое вовлеченное лицо должны быть проинформированы о том, что они имеют право на слушание в суде.