

TUYÊN BỐ SỰ LỰA CHỌN DỊCH VỤ/SẮP XẾP CUỘC SỐNG CỦA KHÁCH HÀNG MIỄN TRỪ MEDICAID
DS 2200-VIE (Rev. 2/2000) (Electronic Version)

Khách hàng, phụ huynh/người giám hộ hợp pháp hoặc người đại diện hợp pháp hoặc người khác có liên quan đã được thông báo về các dịch vụ thay thế khả thi có sẵn. Khách hàng được cung cấp lựa chọn nhận các dịch vụ như vậy tại cơ sở chăm sóc cộng đồng, tại nơi ở tại nhà hoặc tại cơ sở chăm sóc sức khỏe dài hạn (ICF/DD, ICF/DD-H hoặc ICF/DD-N).

Thông Tin Nhận Dạng Khách Hàng/Ngày Lựa Chọn

Tên Khách Hàng	Ngày Lựa Chọn (ngày hoàn thành mẫu đơn)
UCI	Ngày sinh

Lựa Chọn Dịch Vụ/Sắp Xếp Chỗ Ở

I. VỊ THÀNH NIÊN

Khách hàng là trẻ vị thành niên. Sự lựa chọn sắp xếp chỗ ở đã được thực hiện bởi ☐ phụ huynh, ☐ người giám hộ hợp pháp, hoặc ☐ người đại diện hợp pháp như được chỉ định trong Mục III bên dưới đây:

Chữ ký

Ngày

II. NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

a. Khách hàng là người trưởng thành và đã chọn hình thức sống như được nêu trong Mục III bên dưới đây:

Chữ ký/điểm chỉ của khách hàng ("X")

Ngày

Chữ ký của nhân chứng

Ngày

Khách hàng là người trưởng thành nhưng không có khả năng đưa ra lựa chọn như vậy. Sự lựa chọn nơi ở đã được thực hiện bởi:

- b. ☐ Người đại diện hợp pháp của khách hàng; hoặc nếu khách hàng không có người đại diện hợp pháp
- c. ☐ Phụ huynh, họ hàng hoặc những người khác của khách hàng tham gia tích cực vào việc phát triển kế hoạch chăm sóc của khách hàng;

Chữ ký

Ngày

III. DỊCH VỤ/SỰ SẮP XẾP SỐNG

- A. ☐ Cơ sở chăm sóc sức khỏe dài hạn (ICF/DD, ICF/DD-H hoặc ICF/DD-N)
- B. ☐ Một cơ sở chăm sóc cộng đồng, hoặc
- C. ☐ Lựa chọn nơi ở khác của khách hàng ngoài những nơi nêu trên (vui lòng nêu rõ): _____

IV. HỦY GHI DANH MIỄN TRỪ MEDICAID

- A. ☐ Tôi/người giám hộ hợp pháp/người đại diện của tôi chọn quyết định chấm dứt quyền tham gia Miễn trừ Medicaid của tôi. Vì đây là sự lựa chọn của tôi, tôi sẽ không yêu cầu một phiên điều trần công bằng.

Chữ ký

Ngày

V. NHẬN XÉT:

HƯỚNG DẪN VỀ MIỄN TRỪ MEDICAID TRONG LỰA CHỌN DỊCH VỤ/SẮP XẾP CUỘC SỐNG CỦA KHÁCH HÀNG

Theo các điều khoản của Chương trình Miễn trừ Medicaid theo Mục XIX, mỗi khách hàng phải được thông báo về bất kỳ dịch vụ thay thế khả thi nào theo Miễn trừ và được lựa chọn nhận các dịch vụ đó tại cơ sở chăm sóc cộng đồng, nơi ở tại nhà hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe dài hạn. Nếu những dịch vụ đó không được cung cấp hoặc không có sẵn, khách hàng hoặc người đại diện của khách hàng phải được thông báo về quyền được xét xử công bằng.

Mẫu đơn Miễn Trừ Medicaid Ds 2200 Lựa Chọn Dịch Vụ/Sắp Xếp Cuộc Sống của khách hàng phải được hoàn thành như sau:

Thông Tin Nhận Dạng Khách Hàng/Ngày Lựa Chọn

Nhập tên và họ của khách hàng.

Nhập ngày cung cấp lựa chọn, ngày này phải trùng với ngày khách hàng lần đầu đăng ký tham gia chương trình Miễn trừ Medicaid hoặc ngày đăng ký lại chương trình Miễn trừ Medicaid sau thời gian không đủ điều kiện dài hơn 120 ngày.

Nhập mã định danh duy nhất của khách hàng (UCI).

Nhập ngày sinh của khách hàng.

Lựa Chọn Dịch Vụ/Sắp Xếp Chỗ Ở

Những người sau đây có trách nhiệm đưa ra quyết định lựa chọn dịch vụ/nơi ở theo chương trình Miễn trừ Medicaid. Chữ ký của những người đó phải nhất quán với chữ ký của các mẫu đơn đồng ý khác, mẫu đơn cung cấp thông tin, v.v. có trong hồ sơ của khách hàng.

Trẻ Vị Thành Niên

Phụ huynh/người giám hộ hợp pháp/người đại diện hợp pháp phải đưa ra lựa chọn bằng cách đánh dấu vào ô cho biết ai là người đưa ra lựa chọn, ký tên và ghi ngày vào mẫu đơn. Phải đánh dấu ô A, B hoặc C trong Mục III, Dịch vụ/Sắp xếp chỗ ở.

Người Trưởng Thành

- a. Khách hàng thể hiện sự lựa chọn của mình bằng cách ký tên hoặc điểm chỉ. Dấu điểm chỉ của khách hàng phải được chứng kiến. Người đại diện của nhóm liên ngành (Interdisciplinary, hoặc ID) có thể làm nhân chứng. Mẫu đơn lựa chọn phải có ghi ngày tháng. Phải đánh dấu ô A, B hoặc C trong Mục III, Dịch vụ/Sắp xếp chỗ ở.

HOẶC

- b. Khách hàng có người đại diện hợp pháp. Người đại diện hợp pháp phải đưa ra lựa chọn bằng cách đánh dấu vào ô cho biết ai là người đưa ra lựa chọn, ký tên và ghi ngày vào mẫu đơn. Phải đánh dấu ô A, B hoặc C trong Mục III, Dịch vụ/Sắp xếp chỗ ở.

HOẶC

Nhóm ID

- c. Phụ huynh, người thân hoặc những người khác tham gia vào việc phát triển kế hoạch chăm sóc của khách hàng đại diện cho nhóm ID đối với những khách hàng không thể nêu ra lựa chọn của mình và không có đại diện hợp pháp phải đưa ra quyết định bằng cách đánh dấu vào ô cho biết ai là người đưa ra lựa chọn, ký tên và ghi ngày vào biểu mẫu. Phải đánh dấu ô A, B hoặc C trong Mục III, Dịch vụ/Sắp xếp chỗ ở.

Lựa chọn của khách hàng dùng để hủy ghi danh Chương trình Miễn trừ HCBS

Trong trường hợp khách hàng HCBS hoặc phụ huynh, người giám hộ hợp pháp, người đại diện của khách hàng muốn tự nguyện chấm dứt việc ghi danh, khách hàng hoặc phụ huynh, người giám hộ hợp pháp, người đại diện phải đánh dấu vào ô, ký tên và ghi ngày vào mẫu đơn để ghi lại sự lựa chọn của mình.

Nhận xét:

Sử dụng phần này để cung cấp bất kỳ giải thích hoặc làm rõ nào về lựa chọn dịch vụ/nơi ở, chữ ký hoặc ngày tháng cung cấp.

GHI CHÚ: Trong những trường hợp không thể cung cấp dịch vụ hoặc lựa chọn nơi ở (cộng đồng hoặc cơ sở y tế), khách hàng/phụ huynh/người giám hộ hợp pháp hoặc người đại diện hợp pháp/người liên quan khác phải được thông báo rằng họ có quyền được xét xử công bằng.