



ワシントン州

社会保健サービス庁

発育ディスアビリティ管理部

家庭及びコミュニティーベースのサービス (HCBS)

HCBS 免除承認通知

日付

お客様の名前と住所

クライアント代理人氏名・住所

様:

つきましては , 発達障害者管理部門 (DDA) は 免除への入会申し込みを承諾します。

ということが期待できますか?

ケースマネージャーが 免除登録の為の次のステップを説明する為お電話致します。

知っていなければならない事はありますか?

この免除を受けるためには、長期メディケイド (Long Term Care Medicaid) の資格を取得できることが必要です。ケースマネージャーが申請のお手伝いをいたします。当 DDA の長期ケアチームの職員から資格取得を最終化させるためにコンタクトする可能性があります。

免除を受理されるかどうかはお客様の選択ですので、ケースマネージャーは自ら加入を望まれるという意味の書類にサインをお願いします。この DDA の書類にサインされることにより、本コミュニティーにおいて免除サービスを受けられる選択をされたことを表明します。

いつからこのサービスが始まりますか?

お客様の DDA 審査用紙にお客様が必要とするサービスを記載しており、お客様のご本人中心サービスプランを記載しています。免除が開始される前に、ケースマネージャーがご本人中心サービスプランにサインをお願いします。

の免除に加入されますと、ケースマネージャーがお入り用のサービスをお受けするのお手伝いします。お客様に提供されるサービスのリストが同封のチラシに含まれています。

私の窓口は誰ですか?

詳細がお入り用の場合はケースマネージャー に、 で、又は 。 にお問い合わせ下さい。

同封物: