



AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION

快速跟踪服务协议 Fast Track Service Agreement

个案当事人姓名

个案当事人资格审定自动系统(ACES)识别号码

我了解我接受的长期护理服务（在下方勾选）因我的 Medicaid 计划财务资格而临时中止，也可以最多授权 90 天。

- 社区首选计划(CFC) Medicaid 个人照护(MPC)
- CFC 和 COPEs 住宿看护支持另选计划

服务开始日期： _____ 服务结束日期： _____

我同意于 _____（我的服务开始日期 10 天后）之前申请 Medicaid 计划。申请 Medicaid 计划失败将使我的服务终止。

如果我申请 Medicaid 计划，但在通过快速跟踪批准服务期间我不具有资格，我的服务将在我收到 Medicaid 计划拒绝通知函后停止 10 天。

我了解我的个案经理将不会针对在获准的快速跟踪服务期间所接受服务的费用创建一个多付款项。但在我死后，这些服务费用和任何进一步服务均将计入社会医疗康复（Estate Recovery，自译）。（有关计入社会医疗康复(Estate Recovery)的服务，请参阅 WAC 182-527-2742。）

我了解在确定财务资格时，我需要就护理成本（参与）支付费用金额。如果我的财务状况合格，我的服务将在我的下次 CARE 评估之前继续提供。

个案当事人签名	日期
工作人员签名	日期
办公处	