



Соглашение о временном обслуживании в режиме Fast Track

Fast Track Service Agreement

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES

Я понимаю, что услуги долгосрочного ухода, которые я буду получать (отмечены ниже), предоставляются временно до удовлетворения мной требования программы Medicaid о финансовом соответствии, и что такое обслуживание может быть разрешено на период, не превышающий 90 дней.

- Community First Choice (CFC) Medicaid Personal Care (MPC)
- CFC и COPEs Residential Support Waiver

Дата начала обслуживания: _____ Дата окончания обслуживания: _____

Я понимаю, что должен(-на) подать заявление на участие в программе Medicaid до _____ (10 дней с начала обслуживания). Если я не подам заявление на участие в программе Medicaid, мое обслуживание будет прекращено.

Если я подам заявление на участие в программе Medicaid, и, при этом, в период получения мной утвержденного обслуживания в режиме Fast Track будет установлено, что я не имею права на участие в программе, мое обслуживание будет прекращено по прошествии 10 дней после получения мной уведомления об отказе в принятии меня в программу Medicaid.

Я понимаю, что мой менеджер по уходу не инициирует процедуру возврата средств, которые составляют стоимость утвержденных услуг, оказанных мне в режиме Fast Track. При этом, после моей смерти, стоимость таких и будущих услуг может быть взыскана из средств, полученных после продажи недвижимого имущества. (Услуги, стоимость которых возмещается из средств после продажи недвижимого имущества, приведены в разделе 182-503-0080 Административного кодекса штата Вашингтон (WAC 182-527-2742)).

Я понимаю, что после удовлетворения мною финансового критерия для участия в программе Medicaid, сумма, которую я выплачиваю в счет стоимости ухода, может измениться. После того, как удовлетворение мной финансовых критериев будет установлено, мое обслуживание продолжится до моего следующего обследования CARE.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	ДАТА
ОФИС	