



**Угода про тимчасове  
обслуговування в режимі Fast Track**  
**Fast Track Service Agreement**

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ КЛІЄНТА
ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР ACES

Я розумію, що послуги тривалого догляду, які я отримуватиму (відмічені нижче), надаються тимчасово - до того, як я задовільню вимогам програми Medicaid про фінансову відповідність, і що таке обслуговування може бути дозволене на період, який не перевищує 90 днів.

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

Дата початку обслуговування: \_\_\_\_\_ Дата закінчення обслуговування: \_\_\_\_\_

Я розумію, що мушу подати заяву про участь у програмі Medicaid до \_\_\_\_\_ (10 днів з початку обслуговування). Якщо я не подам заяву про участь у програмі Medicaid, моє обслуговування буде припинене.

Якщо я подам заяву на участь у програмі Medicaid, і, при цьому, впродовж отримання мною затвердженого обслуговування в режимі Fast Track буде встановлено, що я не маю права на участь у програмі, моє обслуговування буде припинено після 10 днів після отримання мною повідомлення з відмовою у залученні до програми Medicaid.

Я розумію, що мій менеджер із догляду не ініціюватиме процедуру повернення коштів, які складають вартість затверджених послуг, наданих мені в режимі Fast Track. Утім, після моєї смерті вартість таких та майбутніх послуг може бути стягнута з коштів, отриманих мною після продажу нерухомого майна. (Послуги, вартість яких повертається з коштів, отриманих після продажу нерухомого майна, наведені в розділі 182-503-0080 Адміністративного кодексу штату Вашингтон (WAC 182-527-2742)).

Я розумію, що після того, як я задовільню фінансовим критеріям для участі у програмі Medicaid, сума, яку я сплачую для покриття вартості догляду, може змінитися. Після того, як задоволення мною фінансових критеріїв буде встановлено, моє обслуговування триватиме до мого наступного обстеження CARE.

ПІДПИС КЛІЄНТА	ДАТА
ПІДПИС СОЦІАЛЬНОГО РОБІТНИКА	ДАТА
ВІДДІЛЕННЯ	