

એકનોલેજમેન્ટ ઓફ સર્વિસ (સેવાનીઓ સ્વીકૃતિ)

Acknowledgement of Services

આવેદકનું નામ	ACES ક્લાયન્ટ આઈડી નંબર
<p>ઘર અને સમુદાય આધારિત સેવાઓ પાત્ર વ્યક્તિઓને સંસ્થાગત સેવાઓના બદલે સમુદાયમાં Medicaid સેવાઓ મેળવવાની તક પૂરી પાડે છે.</p> <p>ઘર અને સમુદાય આધારિત સેવા પ્રોગ્રામો છે:</p> <ul style="list-style-type: none"> Community First Choice (કમ્યુનિટી ફર્સ્ટ ચોઇસ - સમુદાય, પહેલી પસંદગી) (CFC) COPES Waiver (કોપેસ વેઇવર) Residential Support Waiver (રેસિડેન્શિયલ સપોર્ટ વેઇવર) (RSW) New Freedom Waiver (ન્યૂ ફ્રીડમ વેઇવર) Medicaid Alternative Care (મેડિકેઇડ ઓલ્ટર્નેટિવ કેર) (MAC) <p>હું નર્સિંગ હોમમાં સંભાળના બદલે ઘર અને સમુદાય આધારિત પ્રોગ્રામમાં સેવાઓ મેળવવાનું પસંદ કરું છું.</p>	
ક્લાયન્ટની સહી	તારીખ
પ્રતિનિધિની સહી	<input type="checkbox"/> વાલી <input type="checkbox"/> પ્રતિનિધિ
સોશિયલ વર્કર/કેસ મેનેજરની સહી	તારીખ
એજન્સી	ટેલિફોન નંબર (એરિયા કોડનો સમાવેશ કરો)
<p>નીચે તમારા એડમિનિસ્ટ્રેટિવ હિયરિંગના અધિકારો છે:</p> <p>જો તમને ઘર અને સમુદાય આધારિત સેવાઓ પૂરી પાડવાનો ઇન્કાર કરવામાં આવે, તો તમને એક એડમિનિસ્ટ્રેટિવ હિયરિંગની માંગણી કરવાનો અધિકાર છે. સેવાઓનો ઇન્કાર કરવામાં આવે તે તારીખથી તમારી પાસે હિયરિંગની માંગણી કરવા માટે 90 દિવસ છે. તેમે તારી સ્થાનિક હોમ એન્ડ કમ્યુનિટી સર્વિસિસ ડિવિઝન (ઘર અને સમુદાયમાં સેવાઓ વિભાગ)ની કચેરીને, સ્થાનિક વિસ્તારની એજન્સી ઓન એજિંગને અથવા અહીં પત્ર લખીને એડમિનિસ્ટ્રેટિવ હિયરિંગની માંગણી કરી શકો છો.:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489</p>	