

Potwierdzenie prawa do świadczeń

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY		NR IDENTYFIKACYJNY KLIENTA ACES
<p>Programy usług opieki domowej i społecznej oferują uprawnionym osobom możliwość otrzymania usług Medicaid w społeczności lokalnej zamiast usług instytucjonalnych.</p> <p>Programy usług opieki domowej i społecznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Community First Choice (Program preferencyjnej formy opieki, CFC) • Program COPES • Residential Support Waiver (Program Pomocy w Świadczeniu Opieki Długoterminowej, RSW) • New Freedom Waiver (Program „Nowa Wolność”) • Medicaid Alternative Care (Alternatywna Opieka Medicaid, MAC) <p>Wybieram skorzystanie ze świadczeń w ramach programu opieki domowej i społecznej zamiast pobytu w domu opieki.</p>		
PODPIS KLIENTA		DATA
PODPIS PRZEDSTAWICIELA	<input type="checkbox"/> Opiekun <input type="checkbox"/> Przedstawiciel	DATA
PODPIS PRACOWNIKA SOCJALNEGO/KIEROWNIKA SPRAWY		DATA
AGENCJA	NUMER TELEFONU (W TYM NUMER KIERUNKOWY)	
<p>Poniżej przedstawiamy Pana/Pani prawa do sprawiedliwego przesłuchania:</p> <p>Jeżeli Pan/Pani wniosek o skorzystanie z programu opieki domowej lub społecznej zostanie rozpatrzony negatywnie, ma Pan/Pani prawo poprosić o sprawiedliwe przesłuchanie. O przesłuchanie można poprosić w terminie 90 dni od daty odrzucenia wniosku o świadczenia. Aby poprosić o sprawiedliwe przesłuchanie, należy zwrócić się na piśmie do lokalnego Home and Community Services Division (Biura ds. opieki domowej i społecznej), lokalnej Area Agency on Aging (Agencji seniorów) lub wysyłając pismo na adres:</p> <p>OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.</p>		