

\_\_\_\_\_ 본인은 본인이 요양원이나 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) Medicaid 면제 프로그램을 통해 제공되는 서비스를 받을 자격이 있을 수 있다는 사실을 안내받았습니다.

**한 가지 선택:**

- 본인은 요양원 이행 및 전환 또는 외상성 뇌손상 Medicaid 면제를 신청하기로 선택했습니다.
- 본인은 Medicaid 주 계획 서비스 및/또는 다른 가정 및 지역사회 기반 서비스 Medicaid 면제를 신청하기로 선택했습니다.
- 본인은 현재 가정 및 지역사회 기반 서비스 Medicaid 면제 프로그램을 통한 서비스를 신청하지 **않기**로 선택했습니다.

신청자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

법적 보호자 이름(해당하는 경우) \_\_\_\_\_ 신청자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

신청자의 공인 대리인(해당하는 경우) \_\_\_\_\_ 신청자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

지역 자원 개발 전문가 \_\_\_\_\_ 신청자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_