

变更提供者请求

家庭及社区型服务 Medicaid 豁免计划
疗养院过渡和转移 (NHTD) 及创伤性脑损伤 (TBI)

请勾选其中一项: NHTD TBI

本人, (参与者姓名) _____ (CIN) _____ 请
求对豁免服务提供者机构和/或目前向我提供此服务的机构工作人员做出以下更改。

本人已知悉, 本人有权保留当前的豁免服务提供者机构, 也有权从所有可用的豁免服务提供者列表中选择一个新的机构。

豁免服务	当前提供者机构名称或提供者机构 工作人员姓名和电话号码	申请的提供者机构名称或提供者 机构工作人员姓名和电话号码

参与者签名 _____ 日期 _____

法定监护人签名 (如适用) _____ 日期 _____

授权代表签名 (如适用) _____ 日期 _____

注意: 服务协调员必须将此请求告知当前的和申请的提供者。

当前服务协调员签名 _____ 日期 _____

机构名称 _____

过渡会议召开日期 (月 / 日 / 年): _____ 时间 _____ 上午 / 下午

由申请的提供者填写:

Provider/Provider Agency _____ will provide service(s) to the above named participant
 will not provide service(s) to the above named participant

Reason: _____

Provider Contact Signature/Title _____ Date _____

由地区资源开发专员填写:

This request for change in waiver Provider and/or waiver Provider Agency has been reviewed and:

Approved, services to begin effective: _____

Denied (explanation) _____

Regional Resource Development Specialist Signature _____ Date _____

抄送: 参与者
法定监护人 (如适用)
当前豁免服务提供者
新的豁免服务提供者
当前所有提供者机构