

参与家庭及社区型服务 (Home and Community Based Services, HCBS) Medicaid 豁免计划的所有个人，在享受豁免计划服务方面有特定权利，同时在获得豁免服务方面负有特定责任。

## 豁免计划参与者的权利

作为豁免计划参与者，您有权：

1. 在获得豁免服务之前了解您的权利；
2. 接受服务而无需考虑种族、宗教、肤色、信仰、性别、国籍、性取向、婚姻状况或残障等因素；
3. 获得体贴、有尊严和受尊重的对待，包括但不限于人身、住所和财产方面；
4. 获得支持您健康和福祉的服务；
5. 承担合理的风险，并有机会从这些经验中学习；
6. 获得豁免计划中所有可用服务以及可让您受益的其他健康和社区资源的解释说明；
7. 参与或指定某个人代表您参与所有服务计划的制定、审查和批准，包括对服务计划的任何变更；
8. 选择服务协调提供者；  
**注意：**豁免计划参与者有权选择提供者机构，而不是特定的提供者工作人员。
9. 从服务协调员处获得协助，以便从其他机构选择服务提供者。您不能选择从您的服务协调员就职的同一机构获得大多数其他服务；  
**注意：**豁免计划参与者有权选择提供者机构，而不是特定的提供者工作人员。
10. 随时申请服务变更（添加、增加、减少或中断）；
11. 在收到决定通知后或在参与 NHTD 或 TBI 豁免计划的任何时候，全面了解向 RRDC 申请召开调解会和/或公平听证会的流程；
12. 获知根据您的服务计划为您提供服务的任何人的姓名和职责；
13. 自由控制您日程安排和活动并获得相关支持；
14. 从获批的合格个人处获得服务；
15. 从服务协调员处获得所有豁免服务提供者、RRDS 和豁免计划投诉热线主管的姓名、电话号码、工作时间的书面清单；
16. 在充分了解并知道您的行为的潜在风险和后果后，仍然拒绝接受护理、治疗和服务；
17. 获得隐私权尊重（包括为个人记录保密），并有权拒绝向未获得此类记录授权的任何人披露信息，但您转移到医疗护理机构或者法律或 Medicaid 提出要求的情况除外；
18. 对涉及所获得服务的任何疑虑提出投诉；
19. 获得服务协调员的支持和指示，以解决您对服务和提供者机构的疑虑和投诉；

## 豁免计划参与者的权利（续）

20. 根据需要或在服务协调员未能成功解决您对服务和提供者疑虑和投诉时，从 RRDS 和 DOH 豁免计划工作人员处获得额外的支持和指导；
21. 获得关于您的投诉的回复和结果通知；
22. 让您的服务提供者保护并提升您行使本文档所述全部权利的能力，而不必担心遭到报复；
23. 将本文档中概述的所有权利和责任转交给法院指定的法定监护人、维权人士或您选择的代表您行事的任何人；
24. 参与询问您作为豁免计划参与者的体验的调查，这包括拒绝参与调查而不影响您继续参加豁免计划的权利；以及
25. 行使此处列出的所有权利，而不必担心遭到报复。

## 豁免参与者的责任

作为豁免计划参与者，您有责任：

1. 与服务协调员一起制定/修改您的服务计划，以确保服务计划能够及时获得再授权；
2. 直接积极参与您的服务计划所述的豁免服务，并至少每月接受一次服务协调；
3. 遵循服务计划并在出现问题时通知服务协调员；
4. 联系您的服务协调员和其他豁免计划提供者，说明您想要变更服务或目标；
5. 尽您所知提供完整和准确的病史，包括您正在服用的所有处方药和非处方药，并了解与您的护理决定相关的风险；
6. 告知服务协调员您目前接受的所有治疗和干预措施；
7. 维护您的住宅，以使您能够安全地居住在社区中；
8. 确保拥有适当的社区住所；
9. 对于您不理解的服务提出疑问；
10. 不参与任何犯罪行为。您了解如果您这样做，您的服务提供者可能会离开并报警，并且可能影响您继续参加豁免计划的资格；
11. 向服务协调员报告您的医疗状况、情况、非正式支持和正式支持方面的任何变化；
12. 向您的服务协调员提供与您的 Medicaid 承保范围相关的准确信息，包括本地社会服务部门发送的与您的 Medicaid、Medicare 或其他医疗保险计划相关的任何通知；
13. 与您的服务协调员合作，以持续参与 Medicaid；
14. 尽快通知所有提供者需要重新安排或变更预定的服务就诊；
15. 告知有关人员出现的任何问题或者您对所提供服务的不满；
16. 以体谅、有尊严和受尊重的态度对待 RRDS 和您的服务提供者。对员工及其财产表示尊重和体谅。不要营造一种对 RRDS 或您的服务提供者有敌意的环境。

**我已阅读或者已有人向我宣读豁免计划参与者的权利和责任，并且我理解其所述内容和目的。我明白，如未能履行上述责任和/或我签署的当前服务计划，可能会导致豁免服务中断以及豁免计划终止。**

_____	_____	_____
申请者/参与者	签名	日期
_____	_____	_____
法定监护人/委员会（如适用）	签名	日期
_____	_____	_____
授权代表（如适用）	签名	日期
_____	_____	_____
服务协调员姓名	签名	日期

**抄送：当前所有豁免服务提供者**