

注意：

必须将本表格返还给地区资源开发专员 (Regional Resource Development Specialist, RRDS) 以继续进行豁免计划申请流程。

本人明白，作为疗养院过渡和转移或创伤性脑损伤 Medicaid 豁免计划申请者，本人必须从随附的获批服务协调机构列表中选择一家服务协调机构。本人进一步了解，本人不是在选择特定服务协调员，也不保证所选机构中有特定服务协调员。本人已被建议在选择前与提供者进行面谈。

本人明白，本人所选的服务协调机构将为本人指派一名服务协调员。本人明白，该服务协调员将协助本人制定、实施和监督服务计划。

本人亦明白，本人可以随时变更本人所选的服务协调机构。

本人已从获批服务协调机构列表中选择以下服务协调提供者：

服务协调提供者机构 _____ 电话 _____

机构地址 _____

申请者姓名 _____ 申请者签名 _____ 日期 _____

法定监护人签名 (如适用) _____ 日期 _____

由服务协调机构填写：

Service Coordination Provider Agency _____

- will provide** Service Coordination to the above named applicant
 will not provide Service Coordination to the above named applicant

Reason: _____

Service Coordinator Signature _____ Date _____

Service Coordination Supervisor Signature _____ Date _____

地区资源开发专员签名 _____ 日期 _____