

NHTD

TBI

ПРИМЕЧАНИЕ.

Для продолжения процесса подачи заявления на участие в альтернативной программе данную форму необходимо вернуть региональному специалисту по развитию ресурсов (RRDS).

Я понимаю, что являясь заявителем на участие в альтернативной программе Medicaid для лиц, покидающих учреждения с сестринским уходом или не желающих в них находиться (Nursing Home Transition and Diversion, NHTD), или пациентов с черепно-мозговыми травмами (Traumatic Brain Injury, TBI), мне необходимо выбрать учреждение по координации услуг из прилагаемого списка соответствующих утвержденных учреждений. Я также понимаю, что мне не предоставляется и не гарантируется выбор конкретного координатора услуг в выбранном мной учреждении. Прежде чем принять решение, мне было предложено провести собеседование с предложенными поставщиками.

Я понимаю, что мне будет назначен координатор услуг из выбранного мной учреждения по координации услуг. Я понимаю, что назначенный координатор услуг будет помогать мне в разработке, внедрении и контроле выполнения моего плана обслуживания.

Я также понимаю, что могу в любое время поменять учреждение по координации услуг.

Из списка утвержденных учреждений по координации услуг я выбираю следующего поставщика:

Учреждение по координации услуг

Номер телефона

Адрес учреждения

Имя и фамилия заявителя

Подпись заявителя

Дата

Подпись законного опекуна (если применимо)

Дата

Заполняется учреждением по координации услуг:

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

Подпись регионального специалиста по развитию ресурсов

Дата