



أولاً: موافقة مقدم الطلب/المشارك (يرجى اختيار أحد الخيارات، والتوقيع، وكتابة التاريخ):

، يحق للمشاركين ما يلي: MDCSW عند التسجيل في برنامج

- أختار تلقي الخدمات المنزلية والمجتمعية بموجب برنامج الإعفاء لخدمات الرعاية الطبية النهارية كبديل لخدمات الرعاية طويلة الأجل في مؤسسة ترميضية. كما أقر بأنني أفهم أنه لكي أكون مؤهلاً للاستفادة من في ولاية ماريلاند وبرنامج Medicaid برنامج الإعفاء، يجب أن أستوفي جميع معايير الأهلية لبرنامج Medicaid الإعفاء لخدمات الرعاية الطبية النهارية. لقد تلقيت قائمة بمقدمي خدمات المسجلين في برنامج وأفهم أن لي الحق في اختيار مركز الرعاية الطبية النهارية للبالغين المرخص الذي أرغب في ارتياده. وأفهم أنه بإمكانني تغيير مراكز الرعاية الطبية النهارية إذا قررت القيام بذلك، وأن هناك خدمات بديلة سأكون مؤهل لها، Medicaid بما في ذلك الخدمات في مؤسسة ترميضية. لقد حددت واخترت مقدم الخدمات المسجل في برنامج التالي لتقديم خدمات الرعاية الطبية النهارية:

- 
- (2) أختار تلقي خدمات الرعاية طويلة الأجل داخل مؤسسة ترميضية، بدلاً من الخدمات البديلة التي تم داخل مؤسسة ترميضية، يجب Medicaid شرحها لي. كما أقر بأنني أفهم أنه لكي أكون مؤهلاً لتغطية برنامج في ولاية ماريلاند وخدمات المؤسسات الترميضية. Medicaid أن أستوفي جميع معايير الأهلية لبرنامج

- لا أختار أيًا من الخيارين.

اسم العميل بخط واضح: ثانيًا:

---

توقيع العميل:

---

تاريخ توقيع العميل:

---

اسم الممثل بخط واضح:

---

توقيع الممثل:

---

تاريخ توقيع الممثل:

---

ثالثاً: الإقرار:

● أقر بموجب هذا أن المعلومات صحيحة ودقيقة وكاملة على حد علمي. كما أقر بأن هذا النموذج قد تم استكماله بحضور المشارك و/أو ممثله المعتمد، والذي يوافق، من خلال توقيعه المرفق، على محتواه.

اسم مدير الحالة بخط واضح:

---

توقيع مدير الحالة:

---

تاريخ توقيع مدير الحالة:

---

---

---

( المسجلين في برنامج MDC" إشعار: يجب على جميع مقدمي خدمات الرعاية الطبية النهارية )  
بولاية ماريلاند العمل وفقاً للمتطلبات الفيدرالية ومتطلبات الولاية التي تحظر على مقدمي Medicaid دفع أو تلقي عمولات أو مكافآت أو أي شيء ذي قيمة في محاولة لإغراء Medicaid خدمات برنامج المشاركين بالانتقال إلى مؤسستهم من خلال تقديم هدايا أو خدمات مالية."