



医疗日间护理服务豁免计划（MDCSW）

自由选择知情同意书

I. 申请人/参与者同意书（请勾选相关选项，签名并注明日期）：

注册参加 **MDCSW** 计划后，参与者享有以下权利：

- 本人选择医疗日间护理服务豁免计划（MDCSW）项下的居家及社区护理服务，以此替代护理机构内的机构式长期护理服务。本人同时理解，如果本人希望获得并持续保有豁免计划申请资格，本人必须同时满足马里兰州 **Medicaid** 计划及医疗日间护理服务豁免计划规定的全部资格条件。本人已收到 **Medicaid** 在册签约服务提供者名录，并且理解，本人有权自行选择任意一家持有正规执照的成人日间医疗护理中心接受服务。本人理解，如果本人需更换日间医疗护理中心，本人可自行办理；同时，本人符合多项备选服务的申请条件，包括在护理机构提供的服务。本人已选择下述 **Medicaid** 服务提供者为本人的提供日间医疗护理服务：

- 2) 经相关替代服务方案讲解说明后，本人选择入住护理机构接受长期护理服务，而非选择前述替代服务。本人同时理解，如果本人希望获得并持续保有马里兰州 **Medicaid** 计划对护理机构服务的报销资格，本人必须满足马里兰州 **Medicaid** 计划以及护理机构服务对应的全部资格标准。

- 本人不选择两项方案的任一项。

II. 客户正楷签名：

客户签名：

客户签名日期：

代理人正楷签名：

代理人签名：

代理人签名日期：

III. 证明：

- 本人在此郑重声明，据本人所知，本表格所填信息真实、准确且完整。本人同时证明，本表在服务申请人本人及/或其授权代理人在场的情况下填写完成；该人员已在附件处签字，表示认可本表全部内容。

个案经理正楷签名：

个案经理签名：

个案经理签名日期：

“注意：所有马里兰州 **Medicaid** 计划在册成人日间医疗照料中心（MDC）服务提供者必须遵守联邦和州的相关规定，禁止 **Medicaid** 服务提供者以金钱赠与或特殊优待等方式向参保人提供回扣、报酬或任何有价值的利益，以诱导其转至其所在机构接受服务。”

