



Dérogation aux services de soins médicaux de jour (MDCSW) Formulaire de consentement relatif à la liberté de choix

I. Consentement du demandeur/participant (cochez la case, signez et datez) :

Une fois inscrits au MDCSW, les participants ont le droit de :

- Je choisis de bénéficier de services à domicile et au sein de la communauté dans le cadre de la dérogation relative aux services de soins médicaux de jour, en lieu et place des services de soins de longue durée en établissement. Je comprends en outre que pour être admissible et continuer à bénéficier du programme de dérogation, je dois satisfaire à tous les critères d'éligibilité du programme Medicaid du Maryland et de la dérogation relative aux services de soins médicaux de jour. J'ai reçu une liste des prestataires Medicaid agréés et je comprends que j'ai le droit de choisir le centre de soins de jour pour adultes agréé que je souhaite fréquenter. Je comprends que je peux changer de centre de soins de jour si je le décide et qu'il existe d'autres services auxquels j'ai droit, y compris des services en établissement de soins infirmiers. J'ai identifié et sélectionné le prestataire Medicaid suivant pour fournir le service de soins de jour :

- 2) Je choisis de bénéficier de services de soins de longue durée dans un établissement de soins infirmiers, plutôt que par le biais des services alternatifs qui m'ont été présentés. Je comprends en outre que, pour pouvoir bénéficier de la couverture Medicaid dans cet établissement et conserver ce droit, je dois satisfaire à tous les critères d'éligibilité du programme Medicaid du Maryland et à ceux relatifs aux services dispensés dans les établissements de soins infirmiers.

- Je ne choisis aucune de ces options.

II. Nom du client en lettres majuscules :

Signature du client :

—

Date de la signature du client :

Nom du représentant en lettres majuscules :

Signature du représentant :

Date de la signature du représentant :

III. ATTESTATION :

● J'atteste par la présente que les informations fournies sont, à ma connaissance, véridiques, exactes et complètes. J'atteste également que ce formulaire a été rempli en présence du participant et/ou de son représentant légal, qui, par sa signature ci-jointe, approuve son contenu.

Nom du gestionnaire de cas en lettres majuscules :

Signature du gestionnaire de cas :

Date de la signature du gestionnaire de cas :

"Avis : tous les prestataires MDC affiliés au programme Medicaid du Maryland doivent exercer leurs activités dans le respect des exigences fédérales et étatiques, qui interdisent aux prestataires Medicaid de verser ou de recevoir des pots-de-vin, des rémunérations ou tout autre avantage de valeur dans le but d'inciter un bénéficiaire à se faire soigner dans leur établissement en lui offrant des cadeaux en argent ou des faveurs."