



Программа освобождения от оплаты медицинских услуг дневного ухода (Medical Day Care Services Waiver, MDCSW)

Форма согласия на свободу выбора

I. Согласие заявителя/участника (отметьте выбранный вариант, подпишите и укажите дату):

Участники программы MDCSW имеют право:

- Я выбираю получение услуг на дому и по месту жительства в рамках программы освобождения от оплаты медицинских услуг дневного ухода в качестве альтернативы стационарному долгосрочному уходу в учреждении для престарелых. Я также понимаю, что для того, чтобы получить право на соответствие и продолжать соответствовать критериям программы освобождения от оплаты медицинских услуг, я должен(на) отвечать всем критериям приемлемости программы Medicaid штата Мэриленд и программы освобождения от оплаты медицинских услуг дневного ухода. Я получил(а) список зарегистрированных поставщиков медицинских услуг по программе Medicaid и понимаю, что имею право выбрать, какой лицензированный центр дневного медицинского ухода для взрослых я хотел(а) бы посещать. Я понимаю, что могу сменить медицинский дневной центр, если приму такое решение, и что существуют альтернативные услуги, на получение которых я имею право, включая услуги в доме престарелых. Я определил(а) и выбрал(а) следующего поставщика услуг Medicaid для оказания дневного медицинского ухода:

- 2) Я предпочитаю получать услуги долгосрочного ухода в доме престарелых, а не через альтернативные службы, о которых мне рассказали. Я также понимаю, что для того, чтобы иметь право и продолжать иметь право на медицинское страхование по программе

Medicaid в доме престарелых, я должен соответствовать всем критериям приемлемости программы Medicaid штата Мэриленд и критериям для получения услуг в доме престарелых.

- Я не выбираю ни один из вариантов.

II. Имя и фамилия клиента (печатными буквами):

Подпись клиента:

Дата подписи клиента:

Имя и фамилия представителя (печатными буквами):

Подпись представителя:

Дата подписи представителя:

III. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ:

- Настоящим подтверждаю, что данная информация является достоверной, точной и полной, насколько мне известно. Я также подтверждаю, что данная форма была заполнена в присутствии участника и/или его (ее) уполномоченного представителя, который своей подписью соглашается с ее содержанием.

Имя и фамилия куратора (печатными буквами):

Подпись куратора:

Дата подписи куратора:

«Уведомление: все поставщики медицинских услуг, зарегистрированные в программе Medicaid в штате Мэриленд, обязаны соблюдать федеральные и государственные требования, которые запрещают поставщикам услуг Medicaid выплачивать или получать «откаты», вознаграждения или любые ценности в попытке склонить участника программы к переводу в их учреждение путем предложения денежных подарков или услуг.»