



Chương Trình Miễn Giảm Phí Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế Ban Ngày (Medical Day Care Services Waiver, MDCSW)

Biểu Mẫu Đồng Ý Về Quyền Tự Do Lựa Chọn

I. Giấy Đồng Ý Của Người Đăng Ký/Người Tham Gia (Chọn một mục, ký tên và ghi ngày):

Khi đăng ký tham gia chương trình MDCSW, Người Tham Gia có quyền:

- Tôi chọn nhận các dịch vụ tại nhà và cộng đồng theo Chương Trình Miễn Giảm Phí Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế Ban Ngày thay vì các dịch vụ chăm sóc dài hạn tại viện dưỡng lão. Tôi hiểu rằng để đủ điều kiện và tiếp tục đủ điều kiện tham gia chương trình miễn giảm phí, tôi phải đáp ứng mọi tiêu chí đủ điều kiện của Chương Trình Medicaid Tiểu Bang Maryland và Chương Trình Miễn Giảm Phí Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế Ban Ngày. Tôi đã nhận được danh sách các Nhà Cung Cấp Medicaid đã đăng ký và hiểu rằng tôi có quyền lựa chọn trung tâm chăm sóc y tế ban ngày dành cho người lớn được cấp phép mà tôi muốn tham gia. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi trung tâm chăm sóc y tế ban ngày nếu tôi quyết định như vậy và có những dịch vụ thay thế khác mà tôi đủ điều kiện được hưởng, bao gồm cả các dịch vụ tại viện dưỡng lão. Tôi đã xác định và lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ Medicaid sau đây để cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế ban ngày:

- 2) Tôi chọn nhận dịch vụ chăm sóc dài hạn tại một viện dưỡng lão, thay vì thông qua các dịch vụ thay thế khác đã được giải thích cho tôi. Tôi hiểu thêm rằng để đủ điều kiện và tiếp tục đủ điều kiện nhận bảo hiểm Medicaid tại cơ sở điều dưỡng, tôi phải đáp ứng tất cả các tiêu chí đủ điều kiện của Chương Trình Medicaid Tiểu Bang Maryland và các dịch vụ tại cơ sở điều dưỡng.

- Tôi không chọn phương án nào cả.

II. Tên In Hoa Của Khách Hàng:

Chữ Ký Của Khách Hàng:

—

Ngày Khách Hàng Ký:

—

Họ Và Tên Viết In Hoa Của Người Đại Diện:

Chữ Ký Của Người Đại Diện:

Ngày Người Đại Diện Ký:

III. XÁC NHẬN:

- Tôi xin xác nhận rằng thông tin trên là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi cũng chứng thực rằng biểu mẫu này được hoàn thành trước sự chứng kiến của người tham gia và/hoặc người đại diện được ủy quyền của họ, những người đồng ý với nội dung bằng chữ ký đính kèm.

Tên In Hoa Của Người Quản Lý Hồ Sơ:

Chữ Ký Của Người Quản Lý Hồ Sơ:

Ngày Người Quản Lý Hồ Sơ Ký:

"Lưu ý: Tất cả các nhà cung cấp dịch vụ MDC đăng ký Chương Trình Medicaid Tiểu Bang Maryland phải hoạt động theo các yêu cầu của liên bang và tiểu bang, trong đó nghiêm cấm các nhà cung cấp dịch vụ Medicaid trả hoặc nhận tiền hoa hồng, thù lao hoặc bất cứ thứ gì có giá trị nhằm mục đích dụ dỗ người tham gia chuyển đến cơ sở của họ bằng cách tặng quà hoặc ưu đãi bằng tiền.