

## Déclaration d'attestation

Pour une utilisation par le client Medicaid éligible à Health Home

J'ai rencontré le gestionnaire de soins de Health Home de \_\_\_\_\_  
Nom de la Health Home  
qui m'a expliqué le programme et les services de gestion des soins dont je peux bénéficier. J'ai décidé de ne pas participer pour le moment.

Pour une utilisation par le gestionnaire de soins de Health Home

J'ai discuté du programme Health Home avec \_\_\_\_\_  
Nom du client Medicaid  
au téléphone. Les avantages des services de Health Home lui ont été expliqués ; cependant, le client Medicaid a décidé de ne pas participer pour le moment.

## Motif de refus

---

---

## Signatures

Je comprends que je ne bénéficierai pas d'un gestionnaire de soins ou des services de Health Home, mais que je continuerai à bénéficier des mes services de soins de santé Medicaid. Je comprends que si je suis éligible pour les services à domicile et à base communautaire (HCBS pour les personnes ayant une déficience intellectuelle (OPWDD) et que j'ai refusé les services de Health Home (maison de santé), je devrai m'inscrire dans un autre plan de soin afin de recevoir les services de HCBS.

\_\_\_\_\_  
Nom du client Medicaid (en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Signature originale du client Medicaid

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du parent, tuteur, ou  
représentant légal du client, le cas échéant (en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Signature originale du parent, tuteur, ou  
représentant légal du client Medicaid, le cas échéant (en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du gestionnaire de soins de Health Home  
(en majuscules)

\_\_\_\_\_  
Signature originale du gestionnaire de soins de Health Home

\_\_\_\_\_  
Date

## REMARQUE

Si vous deviez un jour souhaiter bénéficier des services de Health Home, contactez le programme Medicaid NYS en appelant le centre d'appel Medicaid au 1-800-541-2831.