

## Déclaration d'attestation

Réservé au (à la) bénéficiaire de Medicaid admissible au programme Health Home

J'ai rencontré le (la) responsable des soins du programme Health Home pour \_\_\_\_\_  
Nom de la Health Home

ou le (la) représentant(e) de mon Medicaid Managed Care Plan \_\_\_\_\_  
Nom du Medicaid Managed Care Plan

qui a m'expliqué le programme Health Home et ses services de gestion des soins dont je peux bénéficier. J'ai décidé pour le moment de ne pas participer au programme Health Home.

Réservé au (à la) responsable des soins du programme Health Home ou au (à la) représentant(e) du Régime de soins gérés Medicaid

J'ai parlé du programme Health Home avec \_\_\_\_\_  
Nom du (de la) bénéficiaire de Medicaid

par téléphone. Je lui ai expliqué les avantages des services du programme Health Home ; toutefois, le (la) bénéficiaire de Medicaid a décidé de ne pas participer au programme pour le moment.

## Motif du choix du (de la) bénéficiaire

---

---

## Signatures

Je comprends qu'un(e) responsable de soins du programme Health Home ne me sera pas affecté(e) et que je ne bénéficierai pas des services de ce programme.

Je comprends également que si je suis admissible au programme de l'Office for People With Developmental Disabilities (Bureau pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, OPWDD) et aux Community Based Services (Services communautaires, HCBS) et que si j'ai décidé de refuser les services du programme Health Home, je devrai m'inscrire dans un autre programme de gestion des soins afin de bénéficier des services HCBS.

\_\_\_\_\_  
Nom du (de la) bénéficiaire de Medicaid (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature originale du (de la) bénéficiaire de Medicaid

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du parent, tuteur/tutrice ou représentant(e) légal(e) autorisé(e)  
du (de la) bénéficiaire de Medicaid, le cas échéant (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature originale du parent, tuteur/tutrice, représentant(e) légal(e)  
autorisé(e) du (de la) bénéficiaire de Medicaid, le cas échéant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du (de la) responsable des soins du programme Health Home  
(en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature originale du (de la) responsable des soins du programme  
Health Home

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom du (de la) représentant(e) du Régime de soins gérés Medicaid  
(en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature originale du (de la) représentant(e) du Régime de soins g  
érés Medicaid Représentant(e)

\_\_\_\_\_  
Date

## REMARQUE

Si à l'avenir vous souhaitez bénéficier des services du programme Health Home, contactez le programme Medicaid de New York State en appelant le Medicaid Call Center (Centre d'appels Medicaid) au 1-800-541-2831, ou votre Régime de soins gérés Medicaid.