

Dichiarazione di attestazione

A uso del cliente Medicaid idoneo alla partecipazione al programma Health Home

Mi sono incontrato con il Coordinatore Sanitario di Health Home per _____
Nome del programma Health Home

e mi ha illustrato il programma Health Home e i servizi di assistenza sanitaria di Health Home di cui potrei usufruire. Per ora ho deciso di non partecipare dal programma Health Home.

A uso del Coordinatore Sanitario di Health Home

Ho presentato il programma Health Home a _____
Nome del cliente Medicaid

per telefono. Ho spiegato i vantaggi dei servizi di Health Home; tuttavia, il cliente Medicaid ha deciso di non partecipare per ora.

Ragioni della rinuncia

Firme

Comprendo che non beneficerò di un Coordinatore Sanitario di Health Home o dei servizi Health Home. Comprendo che, se risulterò idoneo per i Home and Community Based Services (Servizi Domiciliari e nella Comunità - HCBS) dell'Office for People with Developmental Disabilities (Ufficio per le Persone con Disabilità dello Sviluppo - OPWDD), poiché ho rinunciato ai servizi Health Home, dovrò iscrivermi a un'altra forma di assistenza sanitaria per poter ricevere i servizi HCBS.

Nome del cliente Medicaid (stampatello) Firma in originale del cliente Medicaid Data

Nome del genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato del cliente Medicaid, se applicabile (stampatello) Firma in originale del genitore, tutore o rappresentante legalmente autorizzato del cliente Medicaid, se applicabile (stampatello) Data

Nome del Coordinatore Sanitario di Health Home (stampatello) Firma in originale del Coordinatore Sanitario di Health Home Data

NOTA

Se in futuro desiderasse usufruire dei servizi di Health Home, contatti il NYS Medicaid Program chiamando il Call Center Medicaid all'1-800-541-2831.