

증언적 진술

Health Home 대상 Medicaid 고객용

본인은 다음에 소속된 Health Home 케어 매니저, _____
Health Home 기관 이름,

또는 다음에 소속된 Medicaid Managed Care Plan
(Medicaid 관리형 케어 플랜) 담당자를 만났습니다 _____
Medicaid Managed Care Plan 이름

해당 매니저 또는 담당자는 본인에게 본인이 가입할 수 있는 Health Home 프로그램과 Health Home 케어 관리 서비스에 대해 설명해주었습니다. 본인은 현재 Health Home 프로그램에 가입하지 않기로 결정했습니다.

Health Home 케어 매니저 또는 Medicaid 관리형 케어 플랜 담당자용

본인은 _____
Medicaid 고객 이름

과 함께 전화로 Health Home 프로그램에 대해 논의했습니다. Health Home 서비스의 혜택에 대한 설명이 원활하게 이루어졌습니다. 그럼에도 불구하고, 해당 Medicaid 고객은 현재 본 프로그램에 가입하지 않기로 결정했습니다.

미가입 사유

서명

본인은 본인이 Health Home 케어 매니저 또는 Health Home 서비스를 받지 않기로 한 것을 인정합니다.

또한 본인은 본인이 Office for People With Developmental Disabilities (발달장애국, OPWDD) Home and Community Based Services (의 홈 앤 커뮤니티 기반 서비스, HCBS) 서비스에 가입하지 않은 경우, HCBS 서비스를 받기 위해서는 기타 대체적인 케어 관리에 별도로 등록해야 함을 이해하고 있습니다.

Medicaid 고객 이름 (정자체) _____ Medicaid 고객 원본 서명 _____ 날짜 _____

Medicaid 고객의 부모, 후견인 또는 법적 권한이 있는 담당자 이름, 필요한 경우 (정자체) _____ Medicaid 고객의 부모, 후견인 또는 법적 권한이 있는 담당자 원본 서명, 필요한 경우 _____ 날짜 _____

Health Home 케어 매니저 이름(정자체) _____ Health Home 케어 매니저 원본 서명 _____ 날짜 _____

Medicaid 관리형 케어 플랜 담당자 이름(정자체) _____ Medicaid 관리형 플랜 담당자 원본 서명 _____ 날짜 _____

유의 사항

Health Home 서비스를 받고 싶다면 Medicaid 콜 센터에 1-800-541-2831로 전화하여 New York State Medicaid 프로그램에 문의해주시요. 귀하의 Medicaid 관리형 플랜에 문의해주셔도 됩니다.