

증명 진술

헬스홈 유효 메디케이드 고객용

본인은 _____

헬스홈 명칭

헬스홈 건강 관리사와 만나 헬스홈 프로그램과 본인이 받을 건강 관리 서비스에 대해 설명을 들었습니다. 이번에는 헬스홈 프로그램에 참여하지 않기로 결정했습니다.

헬스홈 건강 관리사용

본인은 전화를 통해 _____

메디케이드 가입자 성명

프로그램에 대해 상의했습니다. 헬스홈 서비스의 이점을 설명했으나, 메디케이드 고객은 이번에 참여하지 않기로 결정했습니다.

불참여 사유

서명

본인은 Health Home 프로그램이나 건강 관리사 서비스를 받지 않기로 한 것을 인지합니다. 본인은 발달장애국(OPWDD)의 가정 및 지역 기반 서비스(HCBS)의 법적 가입 자격이 있고 헬스홈 서비스는 받지 않을 경우, HCBS 서비스를 받기 위해서는 대체 형태의 건강 관리에 등록해야 한다는 것을 이해합니다.

메디케이드 가입자 성명(정자체)

메디케이드 가입자 본인 사인

날짜

메디케이드 가입자의 부모나 보호자, 또는
법정 대리인 성명, 해당하는 경우(정자체)

메디케이드 가입자의 부모나 보호자, 또는
법정 대리인 성명, 해당하는 경우(정자체)

날짜

헬스홈 건강 관리사 성명(정자체)

헬스홈 건강 관리사 본인 서명

날짜

참고

혹시 헬스홈 서비스를 받고 싶다면 메디케이드 콜 센터인 1-800-541-2831로 전화해서 NYS 메디케이드 프로그램에 연락하십시오.