

Заявление о подтверждении

Для использования участником плана «Дом здоровья» государственной программы «Медикейд»

- У меня была встреча с менеджером программы «Дом здоровья» _____
Наименование программы «Дом здоровья»
который объяснил мне суть данной программы и указал медицинские услуги, которые я могу получить.
В настоящее время я решил(-а) не принимать в ней участия.

Для использования менеджером «Дом здоровья»

- Я обсудил(-а) программу «Дом здоровья» с _____
Имя участника программы Medicaid
по телефону. Преимущества, которые клиент получит в случае участия в данной программе были разъяснены.
Тем не менее, данный участник программы Medicaid решил не принимать в ней участия в настоящее время.

Причины отрицательного решения

Подписи

Я осознаю, что больше не буду получать услуги медицинского менеджера или программы «Дом здоровья». Я осознаю, что если я соответствую критериям для получения по месту проживания услуг в связи с отставанием в развитии (People With Developmental Disabilities, OPWDD, Home и Community Based Services, HCBS), но отказываюсь от участия в программе Health Home (Дом здоровья), то я должен (должна) найти другую программу для получения таких услуг.

Имя клиента Medicaid (печатными буквами) Подлинная подпись клиента Medicaid Дата

Имя родителя участника Medicaid, опекуна или
юридически уполномоченного представителя
(при необходимости) (печатными буквами) Подлинная подпись родителя участника Medicaid, опекуна или
юридически уполномоченного представителя
(при необходимости) (печатными буквами) Дата

Имя менеджера по медицинскому
обслуживанию от «Дом здоровья» (печатными буквами) Подлинная подпись менеджера по медицинскому
обслуживанию от «Дом здоровья» Дата

ПРИМЕЧАНИЕ

Если вы когда-либо пожелаете воспользоваться услугами в рамках плана «Дом здоровья», обращайтесь в программу «Медикейд» штата Нью-Йорк по телефону Информационного центра программы «Медикейд»: 1-800-541-2831.