

Форма подтверждения

Для клиента Medicaid, соответствующего критериям участия в программе Health Home

У меня была встреча с менеджером по медицинскому обслуживанию программы Health Home _____
название программы Health Home

или с представителем моего плана Medicaid Managed Care (Регулируемого медицинского обслуживания), _____
название плана Medicaid Managed Care

которые предоставили информацию об услугах, доступных в рамках Health Home. Мной было принято решение отказаться от участия в программе Health Home на данном этапе.

Для менеджера программы Health Home или представителя плана Medicaid Managed Care

Мы обсудили участие в программе Health Home с _____
имя клиента Medicaid

по телефону. Во время звонка была предоставлена подробная информация о преимуществах услуг Health Home, однако клиент решил не участвовать в программе в настоящее время.

Причины отказа

Подписи

Я понимаю, что не буду получать услуги в рамках Health Home и не буду пользоваться услугами менеджера этой программы.

Я также понимаю, что, отказавшись от услуг Health Home и в случае участия в предложениях Office for People With Developmental Disabilities (OPWDD, Управление по делам лиц с нарушениями развития) и Home and Community Based Services (HCBS, Программа по медицинскому обслуживанию на дому или по месту жительства), мне необходимо зарегистрироваться в другой программе, чтобы получать услуги HCBS.

Имя и фамилия клиента Medicaid (печатными буквами)	Подпись клиента Medicaid	Дата
Имя и фамилия родителя, опекуна или уполномоченного представителя клиента Medicaid, если применимо (печатными буквами)	Подпись родителя, опекуна или уполномоченного представителя клиента Medicaid, если применимо	Дата
Имя и фамилия менеджера по медицинскому обслуживанию Health Home (печатными буквами)	Подпись менеджера по медицинскому обслуживанию Health Home	Дата
Имя и фамилия представителя плана Medicaid Managed Care (печатными буквами)	Подпись представителя плана Medicaid Managed Care	Дата

ПРИМЕЧАНИЕ

Если вы захотите стать участником программы Health Home, свяжитесь с сотрудниками программы New York State Medicaid, позвонив в службу Medicaid по телефону 1-800-541-2831, или обратитесь к своему представителю плана Medicaid Managed Care.