

认证声明

由合格的“健康之家”医疗补助客户使用

我已与“健康之家”护理经理会面
“健康之家”名称
护理经理已经向我解释了“健康之家”计划,以及我能获得的“健康之家”护理管理服务。但是目前我不打算加入。

供“健康之家”护理经理使用

我曾和
医疗补助客户名称
电话讨论过“健康之家”计划。已经讲解了“健康之家”服务的好处;但是这位医疗补助客户目前决定不参加。

退出的原因

签名

我知道我将不会再享受到Health Home (健康之家) 护理经理和Health Home (健康之家) 的服务。我了解在我退出Health Home (健康之家) 服务后仍可继续享受 Office for People With Developmental Disabilities (OPWDD, 发育障碍人群办公室) 家庭和社区服务 (HCBS) 以及我已选择退出 Health Home (健康之家) 服务, 我将需要加入其它形式的护理管理计划以便继续接收 HCBS 服务。

Medicaid 医疗补助客户名称 (正楷)

Medicaid 医疗补助客户签字

日期

Medicaid 医疗补助客户父母、监护人、或
法定代表人姓名, 如果适用 (正楷)

Medicaid 医疗补助客户父母、监护人、或
法定代表人姓名, 如果适用 (正楷)

日期

Health Home (健康之家) 护理经理姓名 (正楷)

Health Home (健康之家) 护理经理签字

日期

注:

如果你想享受“健康之家”服务, 敬请拨打医疗保健客户服务中心电话1-800-541-2831, 和我们取得联系。