

证明陈诉

供符合 Health Home (健康家庭) 条件的 Medicaid 客户使用

本人已经针对 _____
Health Home 名称

与 Health Home 护理管理员或 Medicaid Managed Care Plan
(Medicaid 管理式医疗计划) 的代表会员 见面, 计划名称: _____
Medicaid Managed Care 计划名称

该人员已向本人解释了 Health Home 计划及本人能够获得的 Health Home 护理管理服务。本人决定目前不参加 Health Home 计划。

供 Health Home 护理管理员或 Medicaid Managed Care 计划的代表使用

本人通过电话与 _____
(Medicaid 客户姓名)

讨论过 Health Home 计划。我解释了 Health Home 服务的益处; 但 Medicaid 客户目前决定不参加计划。

选择退出的原因

签名

本人明白本人将不会获得 Health Home 护理管理员或 Health Home 的服务。

本人也理解, 如果本人满足 Office for People With Developmental Disabilities (发育障碍人士办公室, OPWDD) Home and Community Based Services (家庭和社区服务, HCBS) 资格, 且本人选择退出 Health Home 服务, 为了获得 HCBS 的服务, 本人需要参加另一种形式的护理管理。

Medicaid 客户姓名 (正楷) Medicaid 客户原始签名 日期

Medicaid 客户家长、监护人或
法定授权代表姓名 (如适用, 正楷) Medicaid 客户家长、监护人或
法定授权代表亲笔签名 (如适用) 日期

Health Home 护理管理员姓名 (正楷) Health Home 护理管理员原始签名 日期

Medicaid Managed Care 计划代表姓名 (正楷) Medicaid Managed Care 计划 代表原始签名 日期

注意

如果您想获得 Health Home 服务, 请致电 1-800-541-2831 联系纽约州 Medicaid 计划, 或您的 Medicaid Managed Care 计划的 Medicaid 呼叫中心。