

পরিষেবা সমন্বয়কারী এজেন্সি নির্বাচন

হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবাদি Medicaid ছাড়া
নার্সিং হোম ট্রানজিশন অ্যান্ড ডাইভার্সন (Nursing Home Transition and Diversion, NHTD)
এবং ট্রমাটিক ব্রেইন ইনজুরি (Traumatic Brain Injury, TBI)

দ্রষ্টব্য:

ছাড়ের আবেদনের প্রক্রিয়া অব্যাহত রাখতে এই ফর্মটি আঞ্চলিক সংস্থান উন্নয়ন বিশেষজ্ঞ (Regional Resource Development Specialist, RRDS) এর কাছে অবশ্যই ফেরত পাঠাতে হবে।

আমি বুঝেছি যে, নার্সিং হোম ট্রানজিশন অ্যান্ড ডাইভার্সন (Nursing Home Transition and Diversion) বা ট্রমাটিক ব্রেইন ইনজুরি (Traumatic Brain Injury) Medicaid ছাড়ের আবেদনকারী হিসাবে আমাকে অনুমোদিত পরিষেবা সমন্বয় এজেন্সির সংযুক্ত তালিকা থেকে একটি পরিষেবা সমন্বয় এজেন্সি নির্বাচন করতে হবে। আমি আরও বুঝতে পারছি যে আমি নির্বাচন করছি না এবং আমি যে এজেন্সিটি নির্বাচন করি তাতে কোনও নির্দিষ্ট পরিষেবা সমন্বয়কের নিশ্চয়তা আমাকে দেওয়া হয়নি। আমার নির্বাচনের সিদ্ধান্তের আগে এই প্রদানকারীদেরকে সাক্ষাৎকার নেওয়ার জন্য আমাকে উৎসাহিত করা হয়েছে।

আমি বুঝতে পারছি যে আমার নির্বাচিত করা পরিষেবা সমন্বয় সংস্থা থেকে আমাকে একটি পরিষেবা সমন্বয়কারী দেওয়া হবে। আমি বুঝতে পারছি যে এই পরিষেবা সমন্বয়কারী আমার পরিষেবা পরিকল্পনাটি উন্নত, বাস্তবায়ন এবং পর্যবেক্ষণে সাহায্য করবে।

আমি আরও বুঝতে পারছি যে যেকোনও সময় আমি পরিষেবা সমন্বয়কারী এজেন্সি আমার পছন্দ অনুযায়ী পরিবর্তন করতে পারবো।

অনুমোদিত পরিষেবা সমন্বয়কারী এজেন্সি তালিকা থেকে, আমি নিম্নলিখিত পরিষেবা সমন্বয় প্রদানকারী নির্বাচন করেছি:

পরিষেবা সমন্বয় প্রদানকারী এজেন্সি

টেলিফোন

এজেন্সির ঠিকানা

আবেদনকারীর সম্পূর্ণ নাম:

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

আইনি অভিভাবকের স্বাক্ষর (প্রযোজ্য হলে)

তারিখ

পরিষেবা সমন্বয়কারী এজেন্সির দ্বারা সম্পূর্ণ করতে হবে:

Service Coordination Provider Agency

- will provide Service Coordination to the above named applicant
 will not provide Service Coordination to the above named applicant

Reason:

Service Coordinator Signature

Date

Service Coordination Supervisor Signature

Date

আঞ্চলিক সংস্থান উন্নয়ন বিশেষজ্ঞের স্বাক্ষর

তারিখ