

আমাকে, _____, জানানো হয়েছে যে, একটি নার্সিং সুবিধা অথবা একটি হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবা Medicaid ছাড়ের মাধ্যমে প্রদত্ত পরিষেবার জন্য আমি যোগ্য হতে পারি।

একটিতে টিক দিন:

- আমি নার্সিং হোম ট্রানজিশন অ্যান্ড ডাইভারশন বা ট্রমাটিক ব্রেইন ইনজুরি (Traumatic Brain Injury) Medicaid ছাড়ের জন্য আবেদন করা বেছে নিয়েছি।
- আমি Medicaid স্টেট পরিকল্পনা পরিষেবা এবং/ অথবা অন্য একটি হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবা Medicaid ছাড়ের জন্য আবেদন করা বেছে নিয়েছি।
- আমি এই মুহুর্তে হোম এবং কমিউনিটি ভিত্তিক পরিষেবা Medicaid ছাড়ের মাধ্যমে পরিষেবায় আবেদন **না** করা বেছে নিয়েছি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

আইনি অভিভাবকের নাম (প্রযোজ্য হলে)

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

অনুমোদিত প্রতিনিধি(প্রযোজ্য হলে)

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

তারিখ

আঞ্চলিক সংস্থান উন্নয়ন বিশেষজ্ঞ
(Regional Resource Development Specialist)

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

তারিখ