

护理管理员的说明

必须告知符合条件的个人关于护理的选择, 并让他们在机构或家庭与社区服务之间做出选择。在面对面的会谈中, 护理管理员将提供信息并讨论自由选择。个人或父母/监护人/合法授权代表必须签署自由选择表, 并表明他们是否决定参加 HCBS 1915 (c) 儿童豁免计划。本表必须有见证人和日期; 作为会员/父母/监护人/合法授权代表的文件的一部分保存, 并根据要求为会员/父母/监护人/合法授权代表提供一份副本。

儿童/青少年信息

儿童/青少年姓名 出生日期

我已收到并理解以下内容:

- 有关儿童豁免计划下的替代方案信息, 并根据 1915(c) 儿童豁免计划 (42 CFR §441.302(d) 选择参与机构环境或 Home and Community Based Services (家庭与社区服务, HCBS)。
- 关于现有服务选项的信息, 包括项目内容以及如何获得服务和支持以联系到社区资源和提供者。
- 我所在地区的 Health Home (健康之家, HH)、Care Management Agencies (护理管理机构, CMA) 和服务提供者的名单, 包括 Home and Community Based Services (家庭与社区服务, HCBS) 提供者。

我了解到以下情况:

- 如果符合资格要求并有空位, 我请求参加 HCBS 1915 (c) 儿童豁免计划。
- 参与将基于我选择支持留在社区和家中的 HCBS。
- 我有权选择为我的 HCBS、HH 护理管理、CMA 或 Children and Youth Evaluation Services (儿童和青少年评估服务, C-YES) 提供护理协调的机构。
- 我有权选择我所在地区的服务和提供者。

第一次参加儿童豁免计划的人员请选择以下一项:

- 我选择加入 HH 护理管理计划, 并获得了可供选择的 HH 和/或 CMA。
或
 我不想参加 HH 护理管理计划。我选择通过 C-YES 接受 HCBS 1915(c) 儿童豁免计划的服务和支持。(完成 DOH-5059 HH 选择退出)。
或
 符合资格要求; 但是, 我选择不参加 HCBS 1915(c) 儿童豁免计划。

对于儿童豁免计划的年度重新确认, 请选择以下内容:

- 我不想再追求/继续获得 HCBS 1915(c) 儿童豁免计划服务的资格。我明白我有权在以后做决定的资格。
或
 我想继续获得 HCBS 1915(c) 儿童豁免计划服务以及我目前的护理协调机构的资格。
和
 我确认收到我的年度 HCBS 资格重新确认评估的结果。

通过签署本自由选择表, 确认我的护理管理员已经向我解释了每一项内容, 包括如何提出关键事件和/或申诉/投诉, 并且已经向我提供了《儿童豁免计划参与者的权利和责任》传单。

申请人 (适用于 18 岁及以上或 18 岁以下的个人, 可以是父母、孕妇和/或已婚人士, 并有自主同意权的人士)

正楷体 签名 日期

父母/法定监护人/合法授权代表 (针对 18 岁以下没有自主同意权的人士)

正楷体 签名 日期

HH 护理管理员/见证人

正楷体 签名 日期