

本人，_____，已被告知本人可能有资格获得通过护理机构或家庭及社区型服务 Medicaid 豁免计划提供的服务。

请勾选其中一项：

- 本人已选择申请参与疗养院过渡和转移或创伤性脑损伤 Medicaid 豁免计划。
- 本人已选择申请参与 Medicaid 州计划服务和/或家庭及社区型服务 Medicaid 豁免计划。
- 本人已选择目前**不**通过家庭及社区型服务 Medicaid 豁免计划申请服务。

申请者签名 日期

法定监护人姓名 (如适用) 申请者签名 日期

授权代表 (如适用) 申请者签名 日期

地区资源开发专员 申请者签名 日期