

NHTD

TBI

Меня, _____, проинформировали о том, что я могу соответствовать критериям получения услуг, предоставляемых в учреждении сестринского ухода или в рамках альтернативной программы Medicaid по обслуживанию на дому или по месту жительства.

Выберите один вариант:

- Я хочу подать заявление на участие в альтернативной программе Medicaid для лиц, покидающих учреждения с сестринским уходом или не желающих в них находиться, или пациентов с черепно-мозговыми травмами.
- Я хочу подать заявление на получение услуг, предоставляемых в рамках программы Medicaid на территории штата, и/или на участие в другой альтернативной программе Medicaid по обслуживанию на дому или по месту жительства.
- В настоящее время я **НЕ** хочу подавать заявление на получение услуг в рамках альтернативной программы Medicaid по обслуживанию на дому или по месту жительства.

Подпись заявителя

Дата

Имя и фамилия законного опекуна (если применимо)

Подпись заявителя

Дата

Уполномоченный представитель (если применимо)

Подпись заявителя

Дата

Региональный специалист по развитию ресурсов

Подпись заявителя

Дата