

Exención de Medicaid para servicios en la casa y la comunidad
Transición y remisión a residencias de atención de largo plazo (NHTD)
y lesión cerebral traumática (TBI)

NHTD TBI

Yo, _____ recibí información sobre la posibilidad de ser elegible para los servicios prestados mediante un centro de enfermería o una exención de Medicaid para servicios en la casa y la comunidad.

Elija una opción:

- Decidí solicitar la exención de Medicaid para la transición y remisión a residencias de atención de largo plazo o la exención por lesión cerebral traumática.
- Decidí solicitar los servicios del plan estatal de Medicaid u otra exención de Medicaid para servicios en la casa y la comunidad.
- Decidí **NO** solicitar los servicios mediante una exención de Medicaid para servicios en la casa y la comunidad en este momento.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre del tutor legal (según corresponda)

Firma del solicitante

Fecha

Representante autorizado (según corresponda)

Firma del solicitante

Fecha

Especialista regional en el desarrollo de recursos

Firma del solicitante

Fecha