DOKIMANTASYON CHWA

A) *CHWA PWOGRAM HCBS WAIVER:*

Mwenmenm _____ (aplikan an), yo te enfòme m ke mwen kalifye pou swen yo bay swa nan yon Sant Swen Entèmedyè (ICF, Intermediate Care Facility), oswa nan Sèvis nan Kay ak nan Kominote (HCBS, Home and Community Based Services). Chwa mwen endike anba la a.

_____ Mwen chwazi HCBS _____ Mwen pa chwazi HCBS

B) *CHWA KOWÒDONATÈ SÈVIS:*

Kowòdonatè sèvis* mwen chwazi a:

Non: _____

Ajans Founisè sèvis: _____

Adrès: _____

_____

Telefòn: _____

*Yon kowòdonatè sèvis apwouve se yon kowòdonatè ki ranpli kalifikasyon pou Kowòdonatè Sèvis.

C) *ASIRANS KE SE YON CHWA KI FÈT APRE TOUT ENFÒMASYON TE BAY:*

_____ (Kowòdinatè Sèvis), te enfòme m sou tout chwa ki disponib** konsènan founisè sèvis(yo), ansanm ak sèvis pou kowòdone sèvis yo.

** Aplikan an gen dwa pou fè chanjman nan chwa li nenpòt kilè.

D) *SIYATI YO:*

_____ _____
(Siyati Aplikan an/Dat) (Siyati Kowòdonatè Sèvis/Dat)

_____ _____
(Siyati Defansè/Dat) (Siyati Reprezantan OPWDD/Dat)