HCBS Form 02.03.97 (3/97, 7/12)

선택 문서

A) *HCBS 면제 선택:*

나 _____(신청자)은(는) 중간간호시설(Intermediate Care Facility : ICF), 또는 가정 및 지역사회 기반 서비스(Home and Community Based Services: HCBS)를 통해서 제공되는 간호를 받을 자격이 된다는 사실을 통보받았습니다. 본인의 선택 사항은 아래와 같습니다.

_____본인은 HCBS를 선택했습니다 ____본인은 HCBS를 선택하지 않았습니다

B) *서비스 코디네이터 선택:*

선택한 서비스 코디네이터*:

이름: _____

제공업체 대행 기관: _____

주소: _____

_____

전화: _____

*공인 서비스 코디네이터는 서비스 코디네이터 자격을 충족하는 사람입니다.

C) *선택 보장:*

_____(서비스 코디네이터)은(는) 나에게 서비스 조정 서비스를 포함해 서비스 제공업체와 관련해 이용할 수 있는 모든 옵션**을 알려주었습니다.

**신청자는 언제라도 선택을 변경할 권한이 있습니다.

D) *서명:*

_____ _____
(신청자 서명/날짜) (서비스 코디네이터 서명/날짜)

_____ _____
(변호인 서명/날짜) (OPWDD 담당 서명/날짜)