Форма HCBS 02.03.97 (3/97, 7/12)

ФОРМА ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СДЕЛАННОГО ВЫБОРА

A) *ВЫБОР АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ПРОГРАММЫ HCBS:*

Я _____ (заявитель), был(а) проинформирован(а) о том, что я имею право на услуги по уходу в Учреждении промежуточного ухода (Intermediate Care Facility, ICF) или в рамках Программы услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Based Services, HCBS). Мой выбор указан ниже.

_____ Я выбрал(а) HCBS _____ Я не выбрал(а) HCBS

B) *ВЫБОР КООРДИНАТОРА УСЛУГ:*

Выбранный координатор услуг*:

Имя и фамилия: _____

Агентство-поставщик: _____

Адрес: _____

_____

Телефон: _____

*Одобренный координатор услуг — это специалист, соответствующий квалификационным требованиям к координатору услуг.

C) *ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО ВЫБОРА:*

_____ (координатор услуг) предоставил(а) мне информацию обо всех возможных вариантах выбора** в отношении поставщика(-ов) услуг, включая координацию услуг.

**Заявитель имеет право изменить свой выбор в любой момент.

D) *ПОДПИСИ:*

_____ _____
(Подпись заявителя/дата) (Подпись координатора услуг/дата)

_____ _____
(Подпись представителя/дата) (Подпись сотрудника OPWDD)/дата)