HCBS 表格 02.03.97 (3/97, 7/12)

選擇文件

A) 選擇家庭與社區式服務豁免計劃 (HCBS Waiver)：

本人 _____（申請者）已被告知有資格透過中期照護機構 (ICF) 或家庭與社區式服務 (HCBS) 接受護理。本人之選擇如下。

_____ 本人已選擇 HCBS _____ 本人未選擇 HCBS

B) 選擇服務協調員：

被選服務協調員*：

姓名： _____

提供者機構： _____

地址： _____

_____

電話： _____

*被批準的服務協調員需擁有服務協調員資質。

C) 知情選擇保證

_____（服務協調員）已告知我有關服務提供者的所有適用選項**，包括服務協調服務。

** 申請者有權隨時變更選擇。

D) 簽署：

_____ _____
（申請者簽名/日期） （服務協調員簽名/日期）

_____ _____
（權益代言人簽名/日期） （OPWDD 代表簽名/日期）