

## 申請多用途老人服務計劃

MSSP網站 \_\_\_\_\_

申請人姓名： \_\_\_\_\_

Medi-Cal # \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

街道地址 \_\_\_\_\_ 公寓號碼 \_\_\_\_\_

城市/州別/郵政區碼 \_\_\_\_\_

我要申請參加多用途老人服務計劃 (MSSP)。我同意與決定我參加該計劃資格的 MSSP 工作人員合作，如果我被錄取，我將合作來獲得我需要的社會和健康服務。

如果我有資格並選擇參與，我明白：

- 我可以隨時改變主意，退出計劃並決定繼續住在我現在的地方。我不會被迫改變我的生活安排。
- 出院或自願退出 MSSP 不會影響我有資格獲得的其他醫療或社會福利。
- MSSP 是住在護理機構的另一種選擇。我更喜歡參加 MSSP 並留在家裡。
- 我不必回答與確定我將接受的服務無關的任何問題。
- 我將參與決定我需要的服務的過程。我將收到有關我將接受的服務以及對這些安排所做的任何後續更改的通知。
- MSSP 工作人員將追蹤代表我提交的所有 Medicare、Medi-Cal 和社會服務。
- 我的 MSSP 案例記錄中的所有資訊都是保密的。這包括健康資訊和非健康資訊。我的非健康資訊由我的授權發布，只有 MSSP 的工作人員和顧問、向我提供服務的人以及法律另有規定的人才能看到。
- 我授權提供給 MSSP 的我的健康資訊應按照《健康保險流通與責任法案》(HIPAA) 的要求予以保密。我承認 MSSP 網站已向我提供了一份關於 HIPAA 隱私慣例的通知。
- 與我接受的其他 Medi-Cal 長期護理服務的情況一樣，因為 MSSP 也由 Medi-Cal 資助，州政府也可能在我去世後從我的遺產中尋求恢復這些服務。
- 我有權獲得 MSSP 或其他合格組織提供的護理管理/服務。

- 只要聯邦和州資金可用，我將只接受 MSSP 服務。此外，如果出現以下情況，我將不再有資格獲得 MSSP：為我服務的費用超過我的護理預算；MSSP 確定我無法再從服務中受益；我被制度化的迫在眉睫的風險不再存在；或者如果我沒有資格獲得 Medi-Cal 福利。
- 如果我的參與申請被拒絕、如果我退出該計劃，或者如果我對我獲得的服務不滿意，我可以要求舉行州公平聽證會。

我此時關於 MSSP 的所有問題都已得到充分解答。當我有進一步的問題時，我應該聯繫：

**MSSP員工** \_\_\_\_\_ **電話** \_\_\_\_\_

**申請人簽名** \_\_\_\_\_

我已經解釋了 MSSP 和申請人要求參與的性質。我已經回答了申請人或代表申請人提出的有關 MSSP 的問題。我已向申請人提供了一份此表格的副本，以及一份「參與者權利」或縣級同等通知的副本。

我在此見證以上簽名：

**MSSP 簽名** \_\_\_\_\_ **日期** \_\_\_\_\_

**申請人在此日期收到此表格的副本** \_\_\_\_\_