

## 多用途高级服务项目申请书

**MSSP 站点** \_\_\_\_\_

**申请人姓名** \_\_\_\_\_

**Medi-Cal #** \_\_\_\_\_ **电话** \_\_\_\_\_

**街道地址** \_\_\_\_\_ **APT #** \_\_\_\_\_

**城市/州/邮编** \_\_\_\_\_

本人申请参加多用途高级服务项目（MSSP）。本人同意与 MSSP 的工作人员合作，他们将决定本人是否有资格参加该项目，如果本人有资格，工作人员将与本人一起获得本人所需要的社会和卫生服务。

如果本人有资格并选择参加，本人理解：

- 本人可以随时改变主意，退出该项目并决定继续住在本人现在的地方。本人不会被迫改变本人的生活安排。
- 解除或自愿退出 MSSP 不会影响本人获得其他医疗或社会福利的资格。
- MSSP 是生活在护理机构的另一种选择。本人更喜欢参加 MSSP，并且待在家里。
- 本人不必回答与我将接受的服务无关的任何问题。
- 本人将参与决定本人所需服务的过程。本人将会被告知本人会接收的服务以及对这些安排所做的任何后续更改。
- 所有代表本人提交的医疗保险、Medi-Cal 和社会服务的索赔将由 MSSP 的工作人员跟踪。
- 本人的 MSSP 记录中的所有信息都是保密的。这包括健康信息和非健康信息。经本人授权发布的非健康信息只有 MSSP 的工作人员和顾问、为本人提供服务的人员以及法律规定的其他人员才能看到。
- 本人授权提供给 MSSP 的健康信息应按照《健康保险流通与责任法案》（HIPAA）的要求予以保密。本人承认 MSSP 网站已经向本人提供了关于 HIPAA 隐私惯例的通知。
- 与本人接受的其他 Medi-Cal 长期护理服务一样，由于 MSSP 也由 Medi-Cal 资助，该州也可以在本人死后从本人的遗产中寻求恢复这些服务。

- 本人有权获得由 **MSSP** 或其他合格组织提供的护理管理/服务。
- 只要联邦和州资金可用，本人将只接受 **MSSP** 服务。此外，如果出现以下情况，本人将不再有资格获得 **MSSP** 服务：为本人服务的成本超过本人的护理预算；**MSSP** 确定本人无法再从服务中受益；缺乏自理能力的紧急风险不再存在；或者如果本人没有资格获得 **Medi-Cal** 福利。
- 如果本人的参与申请被拒绝、如果本人退出该项目，或者本人对所获得的服务不满意，本人可以要求举行州公平听证会。

本人此时关于 **MSSP** 的所有问题都已得到充分解答。当本人有进一步疑问时，本人应联系：

**MSSP** 工作人员 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

申请人签名 \_\_\_\_\_

本人已经解释了 **MSSP** 和申请人要求参与的性质。本人已经回答了申请人或其代表提出的有关 **MSSP** 的问题。本人已向申请人提供了一份此表格的副本，以及一份“参与者权利”或县级同等通知的副本。

本人特此证明上述签名：

**MSSP** 签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

申请人于此日期收到本表格副本 \_\_\_\_\_