

**Cục Tài Chính Dịch Vụ Y Tế
(Bureau of Health Services Financing)**

**Các Quyền và Trách Nhiệm dành cho Người Đăng Ký / Người
Tham Gia Dịch Vụ Điều Phối Hỗ Trợ Có Mục Tiêu EPSDT**

Đây là **các quyền** của quý vị với tư cách là người đăng ký hoặc người tham gia Dịch Vụ Điều Phối Hỗ Trợ Có Mục Tiêu EPSDT:

- Được đối xử một cách tôn trọng và coi trọng nhân phẩm.
- Tham gia và nhận kế hoạch hỗ trợ và dịch vụ cá nhân, lấy con người làm trung tâm.
- Nhận thông tin chính xác, đầy đủ và kịp thời bao gồm văn bản giải thích về quy trình đánh giá và tham gia Dịch Vụ Điều Phối Hỗ Trợ Có Mục Tiêu EPSDT, bao gồm cách để quý vị đủ tiêu chuẩn nhận dịch vụ đó và những việc cần làm nếu quý vị không hài lòng.
- Được làm việc với những người có trình độ, có năng lực trong hệ thống.
- Nộp đơn khiếu nại, than phiền hoặc kháng nghị với cơ quan điều phối hỗ trợ, nhà cung cấp dịch vụ trực tiếp hoặc Sở Y Tế Louisiana (Louisiana Department of Health) và Bệnh Viện về các dịch vụ được cung cấp cho quý vị nếu quý vị không hài lòng. Vui lòng gọi đến Health Standards theo số 1-800-660-0488.
- Được lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ/hỗ trợ khi có sẵn lựa chọn.
- Nhận các dịch vụ lấy con người làm trung tâm từ những người chăm sóc có trình độ và được đào tạo.
- Tiếp cận kịp thời tất cả các dịch vụ đã được phê duyệt và có trong Kế Hoạch Chăm Sóc Toàn Diện (Comprehensive Plan of Care, CPOC) của quý vị.
- Nhận văn bản nêu rõ các quy tắc, quy định hoặc thay đổi ảnh hưởng đến việc quý vị tham gia Dịch Vụ Điều Phối Hỗ Trợ Có Mục Tiêu EPSDT.
- Nhận thông tin giải thích trách nhiệm của điều phối viên hỗ trợ và nhà cung cấp dịch vụ trực tiếp cũng như các yêu cầu của họ trong việc cung cấp dịch vụ cho quý vị.
- Được giải thích về tất cả các dịch vụ Medicaid có sẵn và cách tiếp cận chúng **nếu quý vị là người nhận Medicaid**.
- Ngừng nhận các dịch vụ Điều Phối Hỗ Trợ bất cứ lúc nào mà không phải ngừng các dịch vụ Medicaid được cho phép trước mà quý vị đang nhận hoặc đã yêu cầu; quý vị có thể yêu cầu tiếp tục Dịch Vụ Điều Phối Hỗ Trợ EPSDT bất kỳ lúc nào bằng cách gọi cho Statistical Resources theo số 1-800-364-7828.

Phụ Lục O

Đây là **các trách nhiệm** của quý vị với tư cách là người đăng ký hoặc người tham gia Dịch Vụ Điều Phối Hỗ Trợ Có Mục Tiêu EPSDT:

- Tham gia tích cực vào việc lập kế hoạch và đưa ra quyết định về các hỗ trợ và dịch vụ mà quý vị cần.
- Phối hợp lập kế hoạch cho tất cả các dịch vụ và hỗ trợ mà quý vị sẽ nhận được.
- Từ chối ký bất kỳ giấy tờ nào mà quý vị không hiểu hoặc chưa hoàn chỉnh.
- Cung cấp tất cả các thông tin cần thiết về bản thân quý vị. Điều này sẽ giúp điều phối viên hỗ trợ xây dựng Kế Hoạch Chăm Sóc Toàn Diện (CPOC) để xác định những dịch vụ và hỗ trợ mà quý vị cần.
- Không yêu cầu các nhà cung cấp thực hiện những việc trái với luật pháp và thủ tục mà họ bắt buộc phải tuân theo.
- Hợp tác với Medicaid và điều phối viên hỗ trợ của quý vị bằng cách cho phép họ liên lạc với quý vị qua điện thoại và thăm quý vị ít nhất mỗi quý một lần. Các lần đến thăm cần thiết bao gồm đến thăm nhà ban đầu để thu thập thông tin và hoàn thành đánh giá nhu cầu, đến thăm định kỳ hàng quý tại địa điểm mà quý vị chọn để đảm bảo rằng kế hoạch chăm sóc của quý vị đáp ứng đủ các nhu cầu của quý vị và đến thăm khi có khiếu nại với BHSF.
- Thông báo ngay cho điều phối viên hỗ trợ và nhà cung cấp dịch vụ trực tiếp làm việc với quý vị nếu tình trạng sức khỏe, thuốc men, nhu cầu dịch vụ, địa chỉ, số điện thoại, số điện thoại liên lạc thay thế hoặc tình hình tài chính của quý vị thay đổi.
- Giúp điều phối viên hỗ trợ xác định bất kỳ hỗ trợ tự nhiên và trong cộng đồng nào có thể giúp quý vị đáp ứng các nhu cầu của mình.
- Tuân thủ các yêu cầu của chương trình và yêu cầu điều phối viên hỗ trợ hoặc nhà cung cấp dịch vụ trực tiếp giải thích nếu có thông tin không rõ ràng.
- Xác nhận rằng quý vị đã nhận được các dịch vụ y tế mà nhà cung cấp cho biết quý vị đã nhận, bao gồm số giờ mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc trực tiếp của quý vị làm việc và báo cáo bất kỳ sự khác biệt nào cho điều phối viên hỗ trợ của quý vị.
- Thu thập thông tin/tài liệu đánh giá mà điều phối viên hỗ trợ hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị yêu cầu để tiếp cận các dịch vụ mà quý vị muốn nhận, ví dụ: Biểu Mẫu BHSF 90-L "Yêu Cầu Xác Định Mức Độ Chăm Sóc", 1508 Đánh Giá/Cập Nhật, IEP, v.v.
- Hiểu rằng Dịch Vụ Điều Phối Hỗ Trợ Có Mục Tiêu EPSDT có yêu cầu về độ tuổi và các dịch vụ điều phối hỗ trợ cũng như một số dịch vụ Medicaid sẽ bị ngừng vào ngày sinh nhật thứ 21.

Các trách nhiệm với tư cách là người đăng ký hoặc người tham gia Dịch Vụ Điều Phối Hỗ Trợ Có Mục Tiêu EPSDT (tiếp theo):

- Tôi đã đọc và hiểu các quyền và trách nhiệm của mình khi đăng ký/tham gia Dịch Vụ Điều Phối Hỗ Trợ EPSDT. Tôi cũng hiểu các lý do có thể khiến Dịch Vụ Phối Hợp Hỗ Trợ bị ngừng cung cấp cho tôi hoặc người mà tôi được ủy quyền đại diện trong vấn đề này.

<i>Tên Người Đăng Ký/Người Tham Gia</i>	
<i>Chữ Ký của Người Đăng Ký/Người Tham Gia hoặc Đại Diện Được Ủy Quyền</i>	<i>Ngày</i>
<i>Điều Phối Viên Hỗ Trợ</i>	<i>Ngày</i>