

BIỂU MẪU LỰA CHỌN NHÀ CUNG CẤP DÀNH CHO NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ EPSDT THUỘC CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID

Biểu mẫu này nên được sử dụng cho tất cả các dịch vụ Medicaid cần ủy quyền trước

Loại Dịch Vụ (Vui lòng đánh dấu vào (các) dịch vụ bên dưới mà quý vị cần.)

- | | |
|--|---|
| ☐ Vật Lý Trị Liệu

☐ Trị Liệu Cơ Năng

☐ Trị Liệu Lời Nói

☐ Các Dịch Vụ Thính Học

☐ Thiết Bị Y Tế (DME)

☐ Vật Tư Y Tế

☐ Các Dịch Vụ Chăm Sóc Cá Nhân | ☐ Các Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần

☐ Các Dịch Vụ Nha Khoa

☐ Các Dịch Vụ Nhãn Khoa

☐ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà Mở Rộng

☐ Các Dịch Vụ Dinh Dưỡng

☐ Phân Tích Hành Vi Ứng Dụng (ABA)

☐ Dịch Vụ Khác _____ |
|--|---|

Người tham gia/gia đình phải đánh dấu vào các tuyên bố phù hợp bên dưới.

- ☐ Điều phối viên hỗ trợ đã giải thích cho tôi biết rằng tôi có quyền lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ khi có sẵn lựa chọn. Tôi đã xem lại danh sách nhà cung cấp sẵn có và hiểu rằng danh sách này có thể không bao gồm tất cả các nhà cung cấp dịch vụ mà tôi có thể chọn. Tôi hiểu rằng mình được quyền chọn một nhà cung cấp mới bất cứ lúc nào. Tôi đã chọn (các) nhà cung cấp sau. (Người tham gia/gia đình có quyền chọn các nhà cung cấp dịch vụ yêu thích theo thứ tự 1, 2, 3.)

1. _____

2. _____

3. _____

- ☐ Điều phối viên hỗ trợ đã giải thích cho tôi biết rằng tôi có quyền lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ khi có sẵn lựa chọn. Tôi đã được thông báo rằng dịch vụ này hiện tại chỉ có một (1) nhà cung cấp để chọn. Tôi hiểu rằng mình được quyền chọn một nhà cung cấp mới bất cứ lúc nào nếu có sẵn nhà cung cấp khác. Tôi đã yêu cầu được giới thiệu đến nhà cung cấp này. (Liệt kê nhà cung cấp.)

4. _____

- ☐ Tôi đã chọn được nhà cung cấp dịch vụ mà tôi muốn. Tôi không muốn xem lại danh sách nhà cung cấp sẵn có. Tôi hiểu rằng mình được quyền chọn một nhà cung cấp mới bất cứ lúc nào. Tôi đã yêu cầu được giới thiệu đến nhà cung cấp này. (Liệt kê nhà cung cấp.)

5. _____

Người tham gia/người đại diện được ủy quyền phải ký và để ngày xuống bên dưới.

Người Tham Gia/Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

Quan hệ với Người Tham Gia