

## EPSDT – Đối Tượng Áp Dụng – Biểu Mẫu Lựa Chọn Nhà Cung Cấp Dịch Vụ

Phải sử dụng biểu mẫu này cho tất cả các dịch vụ Medicaid được yêu cầu cần phải có sự cho phép trước.

<b>Tên Người Thụ Hưởng:</b>	
<b>Loại Dịch Vụ Được Yêu Cầu:</b>	
<input type="checkbox"/> <i>EPSDT – Dịch Vụ Chăm Sóc Cá Nhân</i>	<input type="checkbox"/> <i>Thiết Bị và Vật Tư Y Tế</i>
<input type="checkbox"/> <i>Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sức Khỏe Hành Vi Chuyên Biệt</i>
<input type="checkbox"/> <i>Chăm Sóc Sức Khỏe Ban Ngày Cho Trẻ Em</i>	<input type="checkbox"/> <i>Phân Tích Hành Vi Ứng Dụng (ABA)</i>
<input type="checkbox"/> <i>Dịch Vụ Trị Liệu (Trị Liệu Lời Nói – ST, Trị Liệu Cơ Năng – OT, Vật Lý Trị Liệu – PT, Thính Học)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Khác: _____</i>
<b>Người thụ hưởng/người giám hộ hợp pháp phải kiểm tra nội dung tuyên bố phù hợp và ký tên dưới đây:</b>	
<input type="checkbox"/>	<p><b>1. Điều phối viên hỗ trợ (Support Coordinator, SC) đã giải thích rằng tôi có quyền lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ nếu có sẵn lựa chọn.</b> Tôi đã xem lại danh sách nhà cung cấp dịch vụ sẵn có. Tôi hiểu rằng danh sách này có thể chưa bao gồm <u>tất cả</u> các nhà cung cấp dịch vụ sẵn có. Tôi hiểu rằng tôi có quyền chọn nhà cung cấp dịch vụ mới bất cứ lúc nào. Tôi đã lựa chọn (các) nhà cung cấp dịch vụ sau đây. Tôi đã đề nghị được giới thiệu đến nhà cung cấp dịch vụ này. Nếu lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ thứ nhất của tôi không có sẵn, vui lòng giới thiệu tôi đến lựa chọn (hoặc các lựa chọn) nhà cung cấp dịch vụ tiếp theo:</p> <p>_____ Lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ thứ nhất</p> <p>_____ Lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ thứ hai</p> <p>_____ Lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ thứ ba</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>2. SC đã giải thích rằng tôi có quyền lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ nếu có sẵn lựa chọn. Tôi đã được thông báo rằng hiện tại dịch vụ này chỉ có sẵn một (1) nhà cung cấp dịch vụ để tôi lựa chọn.</b> Tôi hiểu rằng tôi có quyền chọn nhà cung cấp dịch vụ mới bất cứ lúc nào nếu có sẵn nhà cung cấp dịch vụ khác. Tôi đã đề nghị được giới thiệu đến nhà cung cấp dịch vụ này:</p> <p>Lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>3. Tôi đã chọn được nhà cung cấp dịch vụ mà tôi mong muốn.</b> Tôi không muốn xem lại danh sách nhà cung cấp dịch vụ có sẵn. Tôi hiểu rằng tôi có quyền chọn nhà cung cấp dịch vụ mới bất cứ lúc nào. Tôi đã đề nghị được giới thiệu đến nhà cung cấp dịch vụ này:</p> <p>Lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ: _____</p>

\_\_\_\_\_  
**Chữ Ký và Mối Quan Hệ của Người Thụ Hưởng/Người Giám Hộ**

\_\_\_\_\_  
**Ngày**

## **EPSDT – Đối Tượng Áp Dụng – Biểu Mẫu Lựa Chọn Nhà Cung Cấp Dịch Vụ**

SC có thể yêu cầu Lựa Chọn Nhà Cung Cấp Dịch Vụ bằng lời nói nếu cần để kịp thời giới thiệu đến nhà cung cấp dịch vụ. Gia đình phải có danh sách nhà cung cấp dịch vụ hoặc biết thông tin về người họ muốn lựa chọn. SC không được cung cấp danh sách nhà cung cấp không đầy đủ cho gia đình để lựa chọn. SC phải điền vào biểu mẫu này để ghi nhận lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ của người thụ hưởng, cấp giấy giới thiệu đến nhà cung cấp dịch vụ và cung cấp cho người thụ hưởng một bản sao biểu mẫu Lựa Chọn Nhà Cung Cấp Dịch Vụ (COP) bằng lời nói.

Tôi xác nhận người thụ hưởng/người giám hộ đã chọn nhà cung cấp dịch vụ nêu trên.

---

**Chữ ký của SC**

---

**Ngày**