

참고:

면제 신청 절차를 계속 진행하려면 이 양식을 지역 자원 개발 전문가(RRDS)에게 제출해야 합니다.

본인은 요양원 이행 및 전환 또는 외상성 뇌손상 Medicaid 면제 신청자인 본인이 첨부되어 있는 승인된 서비스 조정 기관 목록에서 서비스 조정 기관을 선택해야 한다는 점을 이해합니다. 나아가 본인은 본인이 선택한 기관에서 특정 서비스 코디네이터를 선택하지 않으며 특정 서비스 코디네이터를 보장받지 않는다는 점도 이해합니다. 본인은 선택 결정을 내리기 전에 이러한 제공자를 면담하도록 권유받았습니다.

본인은 본인이 선택한 서비스 조정 기관에서 서비스 코디네이터를 지정받는 사실을 이해합니다. 본인은 이 서비스 코디네이터가 본인의 서비스 계획 작성, 실행 및 모니터링을 도와준다는 점을 이해합니다.

본인은 언제든지 본인이 선택한 서비스 조정 기관을 변경할 수 있다는 점도 이해합니다.

본인은 승인된 서비스 조정 기관 목록에서 다음 서비스 조정 제공자를 선택했습니다.

서비스 조정 제공 기관: \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_

기관 주소 \_\_\_\_\_

신청자 이름 \_\_\_\_\_ 신청자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

법적 보호자 서명(해당하는 경우) \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

서비스 조정 기관 작성란:

Service Coordination Provider Agency

- will provide Service Coordination to the above named applicant
- will not provide Service Coordination to the above named applicant

Reason: \_\_\_\_\_

Service Coordinator Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Service Coordination Supervisor Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

지역 자원 개발 전문가 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_