Washington State Health Care Authority
Medicaid

Đơn Xin Không Tham Gia Chương Trình Căn Nhà Y Tế

Bản Tuyên Thệ – Được Điền Bởi Người Thụ Hưởng Medicaid Hợp Lệ Cho Chương Trình Health Home		
Qualified Health Home (Chương Trình Căn Nhà Y Tế Có Chất Lượng)		
☐ Tôi đã nói chuyện với một Điều Phối Viên Chăm Sóc cho chương trình Health Home Chất Lượng được liệt kê ở trên, và họ đã giải thích về chương trình cho tôi và các dịch vụ điều phối sự chăm sóc mà tôi có thể có. Tôi đã quyết định không tham gia vào lúc này.		
Lý do không tham gia. Việc giải thích quyết định không tham gia của bạn là điều tự nguyện.		
☐ Tôi hiểu rằng tôi sẽ không được chỉ định tới một Điều Phối Viên Chăm Sóc hay có các dịch vụ Health Home, nhưng tôi vẫn tiếp tục có các dịch vụ chăm sóc y tế của bảo hiểm Medicaid và/hay Medicare.		
Tên Người Thụ Hưởng Medicaid	Ngày Sinh	Số Thẻ ProviderOne Của Người Thụ Hưởng
Chữ Ký Nguyên Thủy Của Người Thụ Hưởng Hay Giám Hộ Hợp Pháp (nếu ứng dụng)	Ngày Ký	☐ Đánh Vào Nếu Là Chữ Ký Của Giám Hộ Hợp Pháp

Nếu bạn muốn có các dịch vụ Health Home trong tương lai, xin gọi: 1-800-562-3022 hay (TTY: 1-800-848-5429)

Dành Cho Điều Phối Viên Sử Dụng			
Tên Người Thụ Hưởng Medicaid	Ngày Sinh	Số ID Thân Chủ Thẻ ProviderOne	Chương Trình Health Home Chất Lượng
☐ Tôi đã thảo luận về chương trình Health Home với người thụ hưởng trên điện thoại. Các phúc lợi của hội viên chương trình đã được giải thích; tuy nhiên, người thụ hưởng Medicaid đã quyết định không tham gia chương trình vào lúc này.			
Lý Do Không Tham Gia.			
Tên Người Thụ Hưởng Medicaid	Số ID Thân Chủ Thẻ ProviderOne		
Tên Điều Phối Viên Chăm Sóc Chương Trình Health Home	Chữ Ký Của Điều Phối Viên Chương Trình Health Home	Ngày Ký	

Nộp một bản sao đơn đã điền được quét qua máy (scanned) trong một email bảo đảm an toàn tới HCA tại hcamcprograms@hca.wa.gov trong vòng một ngày hành chánh kể từ lúc nhận.

HealthPath Washington

Washington State Health Care Authority

Washington State Department of Social & Health Services