

اتفاقية خدمات عاجلة
(URGENT SERVICES AGREEMENT)

يُعد استكمال هذا النموذج أمرًا تطوعيًا. إلا أنه يجب استكمال هذا النموذج وإرفاق نموذج التسجيل الخاص بك في حال المطالبة بخدمات عاجلة. يقوم aging and disability resource center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRC) أو aging and disability resource specialist (أخصائي موارد المسنين وذوي الإعاقة) (ADRS) القبلية باستكمال هذا النموذج.

تقدمت للحصول على الخدمات من خلال مزاي إدارة الرعاية وأدرك ما يلي:

- أنه يتوجب علي تلبية متطلبات الأهلية الوظيفية والمالية للحصول على الخدمات.
- حدد Aging and Disability Resource Center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) أو Aging and Disability Resource Specialist (أخصائي موارد المسنين وذوي الإعاقة) القبلية تلبية لمتطلبات الأهلية الوظيفية.
- لا تزال أهليتي المالية معلقة.
- أنني استوفيت معايير المطالبة بخدمات عاجلة.
- قد أتمكن من الحصول على بعض الخدمات "العاجلة" أثناء انتظار اتخاذ قرار نهائي بخصوص أهليتي المالية.
- إذا تقرر أنني لست مؤهلاً ماليًا أو إذا تقرر أنني مؤهل ماليًا ولكنني قررت عدم التسجيل، فستنتهي الخدمات الخاصة بي من خلال منظمة إدارة الرعاية. سأتحمل المسؤولية عن تكلفة أي خدمات توفرت لي من خلال منظمة إدارة الرعاية. سأعاون مع منظمة إدارة الرعاية لإعداد جدول السداد.

أرغب في قيام Aging and Disability Resource Center (مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة) أو Aging and Disability Resource Specialist (أخصائي موارد المسنين وذوي الإعاقة) القبلية بإجالي إلى منظمة إدارة الرعاية على الفور حتى أتمكن من بدء الحصول على الخدمات التي أحتاج إليها لتلبية احتياجات الرعاية العاجلة الخاصة بي.

التوقيع - مقدم الطلب	تاريخ التوقيع
----------------------	---------------

الاسم مطبوعًا

توقيع - ولي الأمر، أو الوصي أو حامل الوكالة السارية	تاريخ التوقيع
---	---------------

الاسم مطبوعًا

التوقيع - مركز موارد المسنين وذوي الإعاقة (ADRC)/ممثل موارد المسنين وذوي الإعاقة (ADRS) القبلية المعتمد	تاريخ التوقيع
---	---------------

الاسم مطبوعًا

منظمة إدارة الرعاية (MCO) المحددة

Community Care, Inc. Inclusa, Inc. iCare Lakeland Care, Inc. My Choice Wisconsin.

يُستكمل هذا الجزء بواسطة منظمة إدارة الرعاية (MCO)

الطلب:

معتمد. قد يتم التسجيل في أو بعد هذا التاريخ: _____

مرفوض. سبب الرفض: _____

التوقيع - ممثل منظمة إدارة الرعاية (MCO)	تاريخ التوقيع
--	---------------