NEW YORK STATE OFFICE FOR THE AGING

2 Empire State Plaza, Albany, NY 12223-1251

Andrew M. Cuomo, Governor Greg Olsen, Acting Director

An Equal Opportunity Employer

PROGRAM INSTRUCTION	Number: 19-PI-09
	Supersedes: 18-PI-09
	Expiration Date:

DATE: **April 25, 2019**

TO: **Area Agency on Aging Directors**

SUBJECT: **2019 Financial Levels for EISEP and CSE Client Cost Share and Medicaid Eligibility Determination**

.....

ACTION REQUESTED: Effective April 1, 2019 all Area Agencies on Aging (AAAs) and their contractors must:

Use the figures in this Program Instruction (PI) in conducting client financial assessments to determine cost sharing amounts for Expanded In-home Services for the Elderly Program (EISEP) services and Community Services for the Elderly Program (CSE) funded EISEP-like services, and to determine potential Medicaid eligibility of clients in these programs.

PURPOSE:

- To inform AAAs of the 2019 financial levels that must be used in determining client cost sharing and potential Community Medicaid eligibility for clients receiving EISEP or CSE-funded EISEP-like services.

- To transmit the Client Cost Sharing Thresholds and Schedules – Effective April 1, 2019.

- To transmit an updated copy of the Financial Information Form (FIF) for use in determining client cost sharing and potential Community Medicaid eligibility. The financial information contained within this PI is used to update the FIF and is available in the Statewide Client Data System.

BACKGROUND:

New York State Office for the Aging (NYSOFA) regulations governing EISEP and CSE-funded EISEP-like services require that income thresholds and cost share schedules be adjusted to reflect changes in the Consumer Price Index for all items between the third quarters of the preceding two calendar years. The regulations also prohibit AAAs from providing EISEP or CSE-funded services to individuals who can receive the same or similar services under other governmental funding sources, including Medicaid. Therefore, each year NYSOFA provides AAAs with updated information on income and resource allowances under Medicaid, as well as the updated figures relevant for determining client cost sharing. As of 2018 (18-PI-09) NYSOFA changed the effective date for the EISEP and CSE-funded income thresholds and cost share schedules from January 1 to April 1 to align with the State Fiscal year and to reflect the most current rates.

SUMMARY OF CHANGES:

The FIF has been updated to reflect current income and housing adjustment thresholds. The following figures reflect the changes:

- Income Thresholds are $1,561.00 and $2,114.00 per month for an individual and couple, respectively;
- Housing Adjustment Thresholds are $625.00 and $846.00 per month for an individual and couple, respectively; and
- Maximum Housing Adjustment Thresholds are $625.00 and $846.00 per month for an individual and couple, respectively.

The income and resource levels provided in the Community Medicaid Pre-screen (Section 5 of the EISEP Financial Information Form attached to this PI) have been updated to reflect the amounts established by the New York State Department of Health (NYSDOH) for determining Community Medicaid eligibility. The 2019 levels are:

- Income levels are $859.00 and $1,267.00 per month for an individual and couple, respectively; and
- Resource levels are $15,450.00 and $22,800.00 for an individual and couple, respectively.

The EISEP or CSE Client Agreement (Section 6 of the EISEP Financial Information Form) has been updated and is included in this Program Instruction. The enclosed form will soon be available within the Statewide Client Database and must be used in all instances where an individual's care plan includes EISEP or CSE funded EISEP-like services and supports.

Expanded In-home Services for the Elderly Program

CLIENT COST SHARING THRESHOLDS AND SCHEDULES

Effective April 1, 2019

A. Monthly Income Thresholds

INDIVIDUAL = $1,561.00

COUPLE = $2,114.00

B. Housing Adjustment Thresholds

1) To be eligible for a housing adjustment, average monthly housing expenses must be more than the following:

INDIVIDUAL = $625.00

COUPLE = $846.00

2) The amount of the housing adjustment cannot be more than the following maximum amounts:

INDIVIDUAL = $625.00

COUPLE = $846.00

c. Cost Share Rate Schedule

Individual				Couple			
Adjusted Income and Maximum Monthly Fee (Section 3, Part 3, Question 11)			**Fee Rate**	**Adjusted Income and Maximum Monthly Fee (Section 3, Part 3, Question 11)**			**Fee Rate**
$0			0%	$0			0%
$1	to	$55	5%	$1	to	$74	5%
$56	to	$110	10%	$75	to	$148	10%
$111	to	$164	15%	$149	to	$223	15%
$165	to	$219	20%	$224	to	$297	20%
$220	to	$274	25%	$298	to	$371	25%
$275	to	$329	30%	$372	to	$445	30%
$330	to	$383	35%	$446	to	$519	35%
$384	to	$438	40%	$520	to	$593	40%
$439	to	$493	45%	$594	to	$668	45%
$494	to	$548	50%	$669	to	$742	50%
$549	to	$602	55%	$743	to	$816	55%
$603	to	$657	60%	$817	to	$890	60%
$658	to	$712	65%	$891	to	$964	65%
$713	to	$767	70%	$965	to	$1,038	70%
$768	to	$822	75%	$1,039	to	$1,113	75%
$823	to	$876	80%	$1,114	to	$1,187	80%
$877	to	$931	85%	$1,188	to	$1,261	85%
$932	to	$986	90%	$1,262	to	$1,335	90%
$987	to	$1,041	95%	$1,336	to	$1,409	95%
More than		$1,041	100%	More than		$1,409	100%

PROGRAMS AFFECTED: ☒ Title III-B ☐ Title III-C-1 ☐ Title III-C-2

☐ Title III-D ☐ Title III-E ☒ CSE ☐ WIN ☐ Energy

☒ EISEP ☐ NSIP ☐ Title V ☐ HIICAP ☐ LTCOP

☐ Other:

CONTACT PERSON:
Eileen Griffin

TELEPHONE:
(518) 408-1652

Email: EISEP@aging.ny.gov

Expanded In-Home Services for the Elderly Program Financial Information

1 Case Information

1. Name: _____ _____ _____
   Last First M.I.
   For a married couple when both are participating, enter name of second person:

   Name: _____ _____ _____
   Last First M.I.

2. ☐ Initial Assessment ☐ Reassessment

3. Sources of Information *(Check all that are applicable)*
   ☐ Person(s) ☐ Spouse ☐ Financial Records
   ☐ Other (*specify)*_____

4. ☐ Person(s) will provide no financial information **<u>Skip to Sections 4, then Client Agreement section-Agreement to Pay Full Cost, No Financial Information</u>**

5. Financial Assessment Prepared by:_____/_____
   Name Date

2 Monthly Income

	Amount of Monthly Income		
1.	**A.** Person (Individual or Couple/1Client)	**B.** Person's Spouse	**C.** Couple/Both Clients
a. Social Security			
b. Supplemental Security Income: (SSI)			
c. Pension/Retirement Income: (Private/Gov't, veterans benefits, annuities, IRAs, etc.)			
d. Interest: (Monthly Income)			
e. Dividends: (Monthly Average)			
f. Salary/Wages			
g. Other (Specify)			
h. Other (Specify)			
2. Total Monthly Income (total sum of lines a.-h.)	**2.**		
3. Total Monthly Income of Couple/1 Client (*Sum of 2A 2B*)	**3.**		
4. <u>Amount of non-client spouse's income not available for mutual needs</u>	**4.**		
5. Net Monthly Income Available: (*Line 3 minus Line 4)*	**5.**		

☐ Check if person receives SSI and is automatically Medicaid certified. **Refer to LDSS**.

☐ Check if person's care plan includes no EISEP or CSE-funded EISEP-like services, other than case management. **SKIP to Section 5.**

☐ Check if Monthly Income is below the income threshold (for an individual, Line 2, Column A is $1,561.00 or less; for a couple, Line 2 Column C or Line 5, combined Columns A & B is $2,114.00 or less). **Skip to Section 4, Line 1, and enter "0" as Fee Rate.**

3

Housing Expenses & Income Adjustment

1. Monthly rent or mortgage payment _____

2. Other **monthly** expenses allowable as adjustment, paid from person's or spouse's Income but not included in rent or mortgage Payment:

   a. Electricity……. _____
   b. Other heating & cooking fuels…….. _____
   c. Telephone installation & local usage…….. _____
   d. Water & sewage……... _____
   e. Property taxes…… _____
   f. School taxes…….. _____
   g. Other (Specify)…… _____
   h. **Total** *(Lines 2a through 2g)*…… _____

	Amount	
	A. Individual	**B.** Couple
3. Total allowable housing expense *(Lines 1 + 2h)*		
4. Housing adjustment threshold	**-$625.00**	**-$846.00**
5. Excess housing expenses *(Line 3 minus 4)*		
6. Maximum adjustment	**$ 625.00**	**846.00**
7. Net Monthly Income *(from Section 2, Line 2 or 5)*		
8. Adjustment *(Enter either Line 5 or Line 6, whichever is less)*		
9. Monthly income after deduction of excess housing costs *(Line 7 minus Line 8)*		
10. Amount of income threshold	**$1,561.00**	**$2,114.00**
11. Adjusted Income and Maximum Monthly Fee *(Line 9 minus Line 10)*		

4

Cost Share Calculation

1. **Fee rate** for service(s) or items (from cost share rate schedule based on Section 3, line 11 or instructions at bottom of Section 2)_____%

2. **Services(s) Recurring Monthly**

A	B	C	D	E
Service	# of Units Each Time Service is Provided	# of Times/Month	Unit Cost	Monthly Cost
	2.a. Total Cost for one month			$

3. Service(s) Recurring Other than Monthly

A	B	C	D	E	F
Service	# of Units Each Time Service is Provided	Unit Cost	Cost	Frequency	Monthly Cost
	3.a. Total Cost for one Month				$

4. One Time Services, Goods and/or Items

A	B	C	D
Service/Good/Item	Total Cost	Months Remaining in Care Plan*	Monthly Cost
	4.a. Total Cost for one Month		$

**Based on when service/good/item is expected to be received.*

5. Total Monthly Cost

a) (Sum of **Section 4**: 2.a., 3.a., & 4.a.) $_____

b) Fee Rate (**Section 4**: Line 4.1, above) _____%

c) Fee for one month (Total cost X rate) $_____

d) Maximum monthly fee (**Section 3**: Line 11) $_____

e) Estimated monthly cost share: (Use the lesser amount among c or d above)

$_____

5 **Community Medicaid Pre-Screen**	☐ Check if household includes one or more person in addition to the person and spouse ☐ Check if person is under age 65 and is not disabled *If either or both of the above boxes are checked, there is no need to complete the following section. The next step is to complete client agreement form. Consult LDSS if you believe person or couple is Medicaid eligible*.

RESOURCES		Single Person Household	Two Person Household	**2019 Allowable Resources** **1 Person: $15,450** **2 Persons: $22,800** ☐ Line 3 exceeds Allowable Resources. Person appears to be ineligible for Medicaid.*
1. **Liquid Resources**	a. Checking Accounts	$	$	
	b. Savings Accounts	$	$	
	c. Other Cash Accounts	$	$	
	d. Stocks, bonds, mutual funds, etc.	$	$	
	e. Other liquid assets (IRAs, etc.)	$	$	
	f. Total liquid assets	$	$	
2. Subtract $1,500 per person to be set aside as a burial fund		-$1,500.00	-$3,000.00	
3. Subtotal of Line 1.f minus Line 2				
4. **Real Property**: Net value of real property (other than exempt home and an automobile). Include second home, land, rental property, etc.				
5. Subtotal (Line 3 + Line 4)				☐ Line 5 exceeds Allowable Resources. Person appears to be ineligible for Medicaid.
6. **Life Insurance**				
a. Face value of life insurance ($1,500 or less per person)				
b. Cash value of life insurance (If face value is over $1,500 per person)				
7. Subtotal (Line 5 + Line 6a or 6b)				
INCOME				☐ Line 7 exceeds Allowable Resources. Person appears to be ineligible for Medicaid. ***Note: Viable medical bills may reduce excess resources – see instructions.**
8. Enter total amount from Section 2 Line 2 or 5 in appropriate column.				
Subtractions				
9. Health Insurance Premiums	$			
10. Income Exclusion	$ **20.00**			
11. Total Subtractions	$	-	-	
12. Remaining net income (Line 8 minus Line 11)				
13. Net monthly Medicaid income level		**$859.00**	**$1,267.00**	
14. If Line 12 equals/exceeds Line 13 enter difference				
☐ Line 13 exceeds Line 12. Refer person to LDSS for Medicaid eligibility determination and, if appropriate, complete a client agreement form**.** For all others continue with Line 15.				
MEDICAL EXPENSES				
15. Estimated monthly cost of Medicaid reimbursable services from the care plan.				
16. Estimated other medical expenses *(list type and monthly amount)*				
17. Total medical expenses (sum of Lines 15 and 16)		$	$	
If Line 17 equals or exceeds Line 14 and if the person or couple has enough income above the amount needed for living expenses to pay the Excess Income Program liability noted on Line 14 refer to LDSS for complete eligibility determination.				

6

Expanded In-Home Services for the Elderly Program (EISEP) or Community Services for the Elderly (CSE) Client Agreement

Name(s) of Client(s):_____

EISEP Provider Agency: _____

Area Agency on Aging: _____

Time Period Covered by this Agreement:_____ to _____

A. Agreement – No Cost Share

☐ Check box if this section is part of the agreement.

I understand that, based on the information I have provided, I am not required to pay a fee for services under the Expanded In-Home Services for the Elderly Program (EISEP) or EISEP-like services under the Community Services for the Elderly (CSE) program for the period covered by this agreement.

B. Agreement – Cost Share

☐ Check box if this section is part of the agreement.

I agree to pay a fee for the services, goods and/or items I receive under EISEP and/or CSE for the period covered by this agreement. This fee will not exceed _____% of the cost of services I receive in a month or $_____, whichever is less. This does not include the cost of case management, which is free.

The estimated fee I will pay each month is $_____, based on the services, goods and/or items I expect to receive from EISEP and/or CSE. However, I will not be charged for any services I do not actually receive or for services received prior to my cost sharing determination.

It is my understanding that I will receive _____ units of in-home, _____ units of non-institutional respite and _____ units of ancillary services.

C. Agreement – Cost Share for Potential Medicaid Clients

☐ Check box if this section is part of the agreement.

I understand that I appear to be eligible for Medicaid and I understand that I must apply for Medicaid. During the Medicaid application and determination process, I request that the EISEP and/or CSE services, as set in my care plan, be provided to me.

While Medicaid eligibility is determined, I understand that I am responsible for the cost of these services in the amount of $_____ per month during the period covered by this Agreement. However, I will not be charged for any services I do not actually receive or for services received prior to my cost sharing determination. I understand that if I am found Medicaid-eligible, Medicaid will pay for similar in-home services. At the point in time when I begin receiving in-home services under Medicaid, I understand that I will no longer be required to pay a cost share for my in-home services under EISEP/CSE and that this agreement will be ended. In the event I qualify for EISEP/CSE services and supports that fall outside the scope of Medicaid, I may reapply for EISEP/CSE and a new agreement will be drawn based on my income, housing costs and living arrangements. This new agreement may, if necessary, include a cost share for the period of this agreement.

D. Agreement – Pay Full Cost, No Financial Information

☐ Check box if this section is part of the agreement.

I decline to provide the information required for this form. I believe my income and resources make me ineligible to receive similar in-home or case management services under Medicaid or any other government program. I understand that by refusing, I am ineligible to receive cost-share assistance under EISEP and/or CSE. I elect to receive the services for which I am eligible by this agreement and to pay the full cost of the services, $_____ per month, for the period covered by this agreement. However, I will not be charged for any services I do not receive or for services received prior to my cost sharing determination.

I understand that should I decide to provide all of the information requested on this form, I have the opportunity to request and receive a re-determination of the amount of the fee(s) I am required to pay. To request this, I will contact my Case Manager. A re-determination under this section shall take effect no earlier than the date of the new agreement.

E. Affirmation of Financial Information

I, _____, affirm that any financial information I have provided in connection with EISEP and/or CSE services is true and correct to the best of my knowledge. I agree that this information may be checked as necessary. I realize that any false statements or misrepresentation knowingly made by me in connection with this financial assessment may result in my being ineligible for services.

I understand that future changes in the type or amount of services I receive, income, housing expenses, living arrangements, or medical expenses could affect this agreement. I agree to notify my Case Manager of any changes if they occur. I understand that if changes occur, my cost share may be recomputed from the time of the change. If I have overpaid, I will be reimbursed in full by the Area Agency on Aging. If I have underpaid, I will pay the amount owed. If a mistake is found, I understand that my cost share may be recomputed from the time services began.

I have been fully informed of the policy and procedure for paying my cost share and understand that a willful failure to pay my cost share will result in my termination from the program and will make me ineligible to receive services under EISEP and/or CSE until payment of my past cost share is received.

F. Payment Schedules, Billing Practices, and Payment Procedures

I agree to the agency's payment schedules, billing practices, and payment procedures, and acknowledge that a copy of such has been provided to me along with this Agreement.

G. Client Rights

I have been informed in writing of my rights under EISEP and/or CSE. This includes any rights I may have to request a hearing and my right to dispute the amount of my cost share that was assessed by the Area Agency on Aging.

H. Care Plan/Cost Share Determination Acceptance

I have been informed of my Care Plan and Cost Share determination.

I accept the Care Plan and Cost Share Determination

☐ Yes ☐ No (Explain)

_____ / _____

Client/Representative Signature **Date**

_____ / _____

Client/Representative Signature **Date**

Case Manager Affirmation

I, _____, Case Manager for _____, affirm that the information contained in this document is consistent with the information provided by the client.

Signature: _____ **Date:** _____

Name (Print): _____

Telephone: _____

Email: _____

6 এক্সপান্ডেড ইন-হোম সার্ভিসেস ফর দ্যা এল্ডারলি প্রোগ্রাম (EISEP) বা কমিউনিটি সার্ভিসেস ফর দ্যা এল্ডারলি প্রোগ্রাম (CSE)

গ্রাহক চুক্তি

গ্রাহকের নাম(সমূহ):_____

EISEP প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান: _____

এরিয়া এজেন্সি অন এজিং: _____

চুক্তির দ্বারা নির্ধারিত সময়সীমা:_____ প্রতি _____

A. চুক্তি – কোনো ভাগকৃত খরচ নেই

□ এই বিভাগটি চুক্তির অংশ হলে বক্সটিতে টিক দিন

আমি জানি যে, আমার দেওয়া তথ্যের ভিত্তিতে চুক্তির দ্বারা নির্ধারিত সময়সীমার জন্য বয়স্কদের জন্য কমিউনিটি সার্ভিসেস ফর দ্যা এল্ডারলি প্রোগ্রাম (CSE) প্রোগ্রামের আওতায় এক্সপান্ডেড ইন-হোম সার্ভিসেস ফর দ্যা এল্ডারলি প্রোগ্রাম (EISEP) বা EISEP-এর মত সেবা গ্রহণের জন্য আমার কোনো ফি প্রদান করার প্রয়োজন নেই।

B. চুক্তি – ভাগকৃত খরচ

□ এই বিভাগটি চুক্তির অংশ হলে বক্সটিতে টিক দিন।

EISEP এবং/বা CSE এর অধীনে গৃহীত বিভিন্ন সেবা, পণ্যদ্রব্য, সামগ্রীর জন্য ফি এই চুক্তির দ্বারা নির্ধারিত সময়সীমাতে এবং/বা প্রদানের জন্য আমি সম্মত। এক মাসে আমি যে সেবা বা $_____, পাই তার মধ্যে যেটা কম, এই ফি মোট সেবা মূল্যের ____% এর বেশী হবে না। এতে মামলা দায়ের করার খরচ অন্তর্ভুক্ত নেই, যা সম্পূর্ণ বিনামূল্যে পাওয়া যায়।

EISEP এবং/বা CSE এর নিকট আমি যে সেবা, পণ্য এবং/বা দ্রব্যাদি পাওয়ার আশা রাখি তার উপর ভিত্তি করে প্রতি মাসে আমাকে যে ফি প্রদান করতে হবে তার পরিমাণ আনুমানিক $_____। তবে, আমি প্রকৃতপক্ষে যে সেবা গ্রহণ করি না বা আমার ভাগকৃত খরচ নির্ধারণের পূর্বে আমি যে সেবা গ্রহণ করেছিলাম তার জন্য আমাকে কোন ফি প্রদান করতে হবে না।

আমি এটা বুঝতে পেরেছি যে _____ ইউনিট সেবা আমি বাড়িতে, _____ ইউনিট অপ্রাতিষ্ঠানিকভাবে শাস্তি স্থগিতের জন্য এবং _____ ইউনিট আনুষঙ্গিক সেবা ভোগ করতে পারব।

C. চুক্তি - সম্ভাব্য মেডিকএইড গ্রাহকদের জন্য ভাগকৃত খরচ

□ এই বিভাগটি চুক্তির অংশ হলে বক্সটিতে টিক দিন।

আমি জানি যে আমি মেডিকএইড পাওয়ার জন্য উপযুক্ত এবং সাথে এটিও জানি যে আমাকে অবশ্যই মেডিকএইডের জন্য আবেদন করতে হবে। মেডিকএইড পাওয়ার জন্য আবেদন এবং নির্ধারণ করার সময়ে, আমার অনুরোধ করি যে আমার কেয়ার প্ল্যান অনুসারে EISEP এবং/ বা CSE সেবাসমূহ প্রদান করা অব্যাহত থাকে।

মেডিকএইড পাওয়ার যোগ্যতা যখন নির্ধারণ করা হয়ে যাবে, আমি জানি যে তখন হতে এ সকল সেবা পাবার জন্য আমাকে প্রতি মাসে এই চুক্তির দ্বারা নির্ধারিত সময়সীমার জন্য $_____ খরচ প্রদান করতে হবে। তবে, আমি প্রকৃতপক্ষে যে সেবা গ্রহণ করি না বা আমার ভাগকৃত খরচ নির্ধারণের পূর্বে আমি যে সেবা গ্রহণ করেছিলাম তার জন্য আমাকে কোন ফি প্রদান করতে হবে না। আমি জানি যে আমি যদি মেডিকএইড পাওয়ার উপযুক্ত হই তাহলে একই ধরনের বাসায় সেবা মেডিকএইড প্রদান করবে। যে সময় থেকে মেডিকএইডের অধীনে আমি বাসায় সেবা পাওয়া শুরু করব, আমি জানি যে, EISEP/CSE এর অধীনে আমাকে আর বাড়িতে চিকিৎসা সেবা পাবার ভাগকৃত খরচ প্রদান করতে হবে না এবং এই চুক্তির মেয়াদ শেষ হয়ে যাবে। যে সময়ে আমি EISEP/CSE সেবাসমূহ এবং সহায়তা পেতে শুরু করব এবং যে সমস্ত সেবা মেডিকএইডের আওতার বহির্ভূত হয়ে পড়ে, আমি EISEP/CSE এর সেবা পাবার জন্য পুনরায় আবেদন করতে পারি এবং আমার আয়, গৃহস্থলীর খরচ এবং জীবন ধারনের উপর ভিত্তি করে একটা নতুন চুক্তি তৈরি করা যেতে পারে। যদি প্রয়োজন হয় তাহলে এই নতুন চুক্তির মধ্যে এই চুক্তির সময় অনুসারে খরচ বহন সংক্রান্ত তথ্য অন্তর্ভুক্ত করা যেতে পারে।

D. চুক্তি- পূর্ণ খরচ প্রদান, কোনো অর্থনৈতিক তথ্য নয়

□ এই বিভাগটি চুক্তির অংশ হলে বক্সটিতে টিক দিন।

এই ফরমের জন্য প্রয়োজনীয় তথ্য প্রদান করতে আমি অস্বীকৃতি জানাচ্ছি। আমার মনে হয় যে Medicaid এর অধীনে গৃহভিত্তিক সেবা পেতে বা মামলার খরচ পেতে বা অন্য কোন সরকারি সেবা পেতে আমার আয় এবং সম্পদ আমাকে অনুপযুক্ত করে দেয়। আমি জানি যে, প্রত্যাখ্যানের মাধ্যমে, আমি EISEP এবং/বা CSE এর অধীনে ভাগকৃত খরচের সহায়তা পাবার অনুপযুক্ত হয়ে যাব। এই চুক্তি অনুসারে আমি আমার উপযুক্ত সেবা নিতে এবং চুক্তি নির্ধারিত সময় সীমার জন্য সেবার পূর্ণ খরচ, যা প্রতি মাসে $_____ তা প্রদান করার সিদ্ধান্ত নিচ্ছি। তবে, আমি যে সেবা গ্রহণ করি নাই বা আমার ভাগকৃত খরচ নির্ধারণের পূর্বে আমি যে সেবা গ্রহণ করেছিলাম তার জন্য আমাকে কোন ফি প্রদান করতে হবে না।

আমি জানি যে এই ফরমে যে সকল তথ্য চাওয়া হয়েছে তা প্রদানের ক্ষেত্রে, আমাকে যে ফি প্রদান করতে হবে তা পুনঃনির্ধারণ করার জন্য আমার অনুরোধ করার পূর্ণ সুযোগ রয়েছে। এই অনুরোধ করার জন্য আমি আমার মামলা পরিচালকের সাথে যোগাযোগ করব। এই ধারার অধীনে নতুন চুক্তি বলবৎ হবার পূর্বে এই পুনঃনির্ধারণ কার্যকর হবে না।

E. অর্থনৈতিক তথ্য প্রদানের স্বীকৃতি

আমি, _____, স্বীকার করছি যে EISEP এবং/বা CSE সেবা সম্পর্কিত যে অর্থনৈতিক তথ্য এই ফরমে প্রদান করেছি তা আমার জানা মতে সম্পূর্ণ সত্য এবং সঠিক। এই তথ্য প্রয়োজন অনুসারে পরীক্ষা করে দেখা যাবে বলে আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি। আমি জানি যে যদি আমি জেনে শুনে কোন অর্থনৈতিক তথ্য সম্পর্কে কোন মিথ্যা তথ্য প্রদান করি বা ভুল তথ্য উপস্থাপন করি তাহলে আমি এই সেবা পাবার জন্য অনুপযুক্ত বলে বিবেচিত হব।

আমি জানি যে আমার প্রাপ্ত সেবার ধরন বা পরিমাণ, আমার আয়, গৃহস্থালীর খরচ, জীবিকা নির্বাহের খরচ বা চিকিৎসার খরচে পরিবর্তনের ফলে এই চুক্তি প্রভাবিত হতে পারে। যদি কোন পরিবর্তন আসে তাহলে আমি তা আমার মামলা পরিচালককে অবগত করতে সম্মত আছি। আমি জানি যে যদি কোন পরিবর্তন হয়, তাহলে আমার ভাগকৃত খরচ পরিবর্তনের সময় হতে পুনরায় গণনা করা হবে। যদি আমি অতিরিক্ত প্রদান করে থাকি তাহলে Area Agency on Aging কর্তৃক আমাকে ব্যয়িত অর্থ পরিশোধ করা হবে। যদি আমার কম প্রদান করে থাকি, তাহলে আমাকে বকেয়া অর্থ প্রদান করতে হবে। আমি জানি যে যদি কোন ভুল ধরা পড়ে তাহলে সেবা প্রদানের সময় হতেই আমার প্রদেয় ভাগকৃত খরচ পুনঃগণনা করা হবে।

আমার প্রদেয় ভাগকৃত খরচ সম্পর্কিত নীতিমালা এবং পদ্ধতি সম্পর্কে আমাকে পরিপূর্ণভাবে অবগত করা হয়েছে এবং আমি জানি যে ইচ্ছাকৃতভাবে ভাগকৃত খরচ প্রদানে ব্যর্থ হলে প্রোগ্রামের সাথে আমার চুক্তি বাতিল হয়ে যাবে এবং যতক্ষণ পর্যন্ত আমার পূর্বের বকেয়া ভাগকৃত খরচ প্রদান করা হবে না ততক্ষণ পর্যন্ত আমি EISEP এবং/বা CSE এর অধীনে সেবা পাবার জন্য অনুপযুক্ত হয়ে যাব।

F. প্রদানের সময়, বিল প্রদান এবং প্রদানের পদ্ধতি

আমি প্রতিষ্ঠানের প্রদানের সময়, বিল প্রদান এবং দানের পদ্ধতির সাথে সম্মত আছি এবং স্বীকার করছি যে এই চুক্তির সাথে এর একটি অনুলিপি আমাকে দান করা হয়েছে।

G. গ্রাহকদের অধিকার

EISEP এবং/বা CSE এর অধীনে আমার অধিকার সম্পর্কে আমাকে অবগত করা হয়েছে। এর মধ্যে সে সব অধিকার অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা আমি শুনানির আবেদনের সময় এবং Area Agency on Aging কর্তৃক নির্ধারিত ভাগকৃত খরচের উপর আপত্তি উত্থাপনের জন্য পেতে পারি।

H. কেয়ার প্ল্যান/ভাগকৃত খরচ নির্ধারণের স্বীকৃতি

কেয়ার প্ল্যান এবং ভাগকৃত খরচ নির্ধারণ সম্পর্কে আমাকে জানানো হয়েছে।

আমি কেয়ার প্ল্যান এবং ভাগকৃত খরচ নির্ধারণ আমি মেনে নিচ্ছি

☐ হ্যাঁ ☐ না (ব্যাখ্যা করুন)

_____ / _____

গ্রাহক/ প্রতিনিধির স্বাক্ষর **তারিখ**

_____ / _____

গ্রাহক/ প্রতিনিধির স্বাক্ষর **তারিখ**

<u>মামলা পরিচালকের স্বীকৃতি</u>

আমি, _____, মামলা পরিচালক_____, স্বীকার করছি যে এই নথিতে উল্লেখিত সকল তথ্য গ্রাহকের প্রদত্ত তথ্যের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ।

স্বাক্ষর: _____ **তারিখ** _____

নাম (মুদ্রিত): _____

টেলিফোন: _____

ইমেইল: _____

6 Pwogram Sèvis Agrandi nan Kay pou Moun Aje (Expanded In-Home Services for the Elderly Program, EISEP) oswa Sèvis nan Kominote pou Moun Aje (Community Services for the Elderly, CSE)

Akò Kliyan an

Non Kliyan an oswa Kliyan yo:_____

Ajans Founisè EISEP: _____

Ajans Zòn nan Pou Moun Aje _____

Peryòd Akò sa a Kouvri: _____ jiska _____

A. Akò - San Kotizasyon

☐ Tcheke ti bwat la si seksyon sa a fè pati akò a.

Mwen rekonèt, dapre enfòmasyon mwen bay yo, mwen pa gen obligasyon pou peye yon frè pou sèvis EISEP anba Pwogram Sèvis Agrandi nan Kay pou Moun Aje a (Expanded In-Home Services for the Elderly Program, EISEP) oswa sèvis tankou EISEP anba pwogram Sèvis Kominotè pou Moun Aje (Community Services for the Elderly, CSE) pou peryòd ki kouvri nan akò sa a.

B. Akò - San Kotizasyon

☐ Tcheke ti bwat la si seksyon sa a fè pati akò a.

Mwen dakò pou peye yon frè pou sèvis, machandiz ak / oswa atik mwen resevwa anba EISEP ak / oswa CSE pou peryòd ki kouvri nan akò sa a. Frè sa a p ap depase _____% frè pou sèvis mwen resevwa nan yon mwa oswa $_____, kèlkeswa sa ki pi piti a. Sa pa gen ladan frè pou jesyon dosye, ki gratis.

Frè estime mwen pral peye chak mwa a se $_____, ki baze sou sèvis, machandiz ak/oswa atik mwen resevwa nan EISEP ak/oswa CSE. Men, yo p ap fè mwen peye pou okenn sèvis mwen pa resevwa toutbon, oswa pou sèvis mwen te resevwa avan detèminasyon kotizasyon mwen an.

Mwen konprann mwen pral resevwa _____ inite nan kay, _____ inite relèv ki pa nan yon sant ak _____ inite sèvis oksilyè.

C. Akò – Kotizasyon pou Kliyan Medicaid Potansyèl

☐ Tcheke ti bwat la si seksyon sa a fè pati akò a.

Mwen rekonèt sanble mwen kalifye pou Medicaid epitou mwen rekonèt mwen dwe aplike pou Medicaid. Pandan metòd aplikasyon ak detèminasyon Medicaid, mwen mande pou yo ban mwen sèvis EISEP ak/oswa CSE, jan sa endike nan plan swen mwen.

Pandan y ap detèmine si mwen kalifye pou Medicaid, mwen rekonèt mwen responsab pou peye frè pou sèvis sa yo pou $ _____ pa mwa pou peryòd ki konsène nan Akò sa a. Men, yo p ap fè mwen peye pou okenn sèvis mwen pa resevwa toutbon, oswa pou sèvis mwen te resevwa avan detèminasyon kotizasyon mwen an. Mwen rekonèt si yo jwenn mwen kalifye pou Medicaid, Medicaid ap peye pou menm kalite sèvis yo lakay mwen. Nan moman sa a lè mwen kòmanse resevwa sèvis nan kay anba Medicaid, mwen konprann ke mwen p ap oblije peye yon kotizasyon pou sèvis mwen resevwa lakay mwen anba EISEP / CSE epi akò sa a ap fini. Sizoka mwen ta vin kalifye pou sèvis ak sipò EISEP / CSE ki pa fè pati sa Medicaid garanti, mwen ka re-aplike pou EISEP / CSE epi y ap redije yon nouvo akò selon revni mwen, depans lojman mwen, ak sitiyasyon m ap viv. Si li nesesè, nouvo akò sa a ka gen ladan yon kotizasyon frè pou mwen peye pou peryòd akò sa a.

D. Akò – Peye Tout Frè a, Okenn Enfòmasyon Finansye

☐ Tcheke ti bwat la si seksyon sa a fè pati akò a.

Mwen pa vle bay enfòmasyon ki obligatwa pou fòm sa a. Mwen kwè revni ak resous mwen lakòz mwen pa kalifye pou resevwa sèvis sanblab nan kay oswa sèvis jesyon dosye avèk Medicaid oswa avèk nenpòt lòt pwogram gouvènman. Mwen rekonèt si mwen refize, mwen pa kalifye pou resevwa èd ak kotizasyon frè pou peye avèk EISEP ak/oswa CSE. Mwen chwazi pou resevwa sèvis mwen kalifye pou resevwa dapre akò sa a epi pou mwen peye tout frè sèvis yo, $_____ pa mwa, pou peryòd ki konsène nan akò sa a. Men, yo p ap fè mwen peye pou okenn sèvis mwen pa resevwa yo, oswa pou sèvis mwen te resevwa avan detèminasyon kotizasyon mwen an.

Mwen rekonèt mwen ta dwe deside bay tout enfòmasyon yo mande mwen sou fòm sa a, mwen gen okazyon pou mande ak resevwa re-detèminasyon kantite lajan frè mwen gen obligasyon pou peye a. Pou mande sa, mwen pral Kowòdonatè Dosye

mwen an. Yon re-detèminasyon avèk seksyon sa a dwe anvigè pa anvan dat nouvo akò a.

E. Konfimasyon Enfòmasyon Finansye

Mwen menm, _____, konfime enfòmasyon mwen bay nan pou sèvis EISEP ak/oswa CSE yo se enfòmasyon ki vrè ak kòrèk dapre tout sa mwen konnen. Mwen dakò yo ka tcheke enfòmasyon sa yo kòm nesesè. Mwen rekonèt si mwen fè espre pou bay fo deklarasyon oswa fo enfòmasyon anrapò avèk evalyasyon finansye sa a, sa ka lakòz mwen pa kalifye pou sèvis yo.

Mwen rekonèt chanjman k ap gen pidevan kalite oswa kantite sèvis mwen resevwa, nan revni mwen, depans mwen, aranjman pou mwen viv, oswa depans medikal mwen, sa kapab afekte akò sa a. Mwen dakò pou mete Kowòdonatè Dosye mwen okouran si nenpòt nan chanjman sa yo ta rive. Mwen rekonèt si chanjman yo fèt, yo ka re-kalkile kotizasyon mwen nan frè yo nan moman chanjman an. Si mwen peye lajan anplis, Ajans Zòn nan ap ranbouse mwen tout lajan mwen peye anplis la. Si mwen peye mwens lajan, m ap peye kantite lajan mwen dwe a. Si yo jwenn yon erè, mwen rekonèt yo ka re-kalkile kotizasyon mwen nan frè yo nan moman sèvis yo te kòmanse.

Yo ban mwen tout enfòmasyon sou règleman ak pwosedi pou peye kotizasyon mwen epitou mwen rekonèt si mwen pa peye kotizasyon mwen yo sa ka lakòz yo retire mwen nan pwogram nan epi mwen p ap kalifye pou resevwa sèvis an EISEP ak/oswa CSE toutotan yo pa resevwa peman kotizasyon mwen dwe yo.

F. Plan Peman, Pratik pou Faktirasyon, Pwosedi pou Peman

Mwen dakò ak plan peman pratik pou faktirasyon, ak pwosedi peman ajans la, epi mwen rekonèt yo ta bay mwen yo kopi ansanm ak Akò sa a.

G. Dwa Kliyan an

Yo ban mwen enfòmasyon alekri sou dwa mwen avèk EISEP ak/oswa CSE. Sa gen ladan tout dwa mwen ka gen pou mande yon odyans ak dwa mwen pou konteste montan kotizasyon mwen Ajans Zòn nan Pou Moun Aje te evalye.

H. Aksepte Plan Swen / Detèminasyon Kotizasyon

Yo te bay mwen enfòmasyon sou Plan Swen mwen ak detèminasyon sou Kotizasyon mwen.

Mwen aksepte Plan Swen an ak Detèminasyon Kotizasyonan

☐ Wi ☐ Non (Eksplike)

_____ / _____

Siyati Kliyan/Representative **Dat**

_____ / _____

Siyati Kliyan/Representative **Dat**

Konfimasyon Kowòdonatè Dosye

Mwen, _____, Kowòdonatè Dosye pou _____, konfime enfòmasyon ki nan dokiman sa a konsistan avèk enfòmasyon kliyan an te bay.

Siyati: _____ **Dat la:** _____

Non (An Lèt Detache) _____

Telefòn: _____

Imèl: _____

6 노인 프로그램의 확대된 재택 서비스(EISEP) 또는 지역 서비스(CSE)

고객 계약서

고객 이름:_____

EISEP 제공자 사무소: _____

지역 노인복지 사무소: _____

본 계약의 적용 기간:_____ – _____

A. 계약서 – 비용 분담 없음

☐ 이 항이 계약서의 일부인 경우, 상자에 체크하세요.

본인이 제공한 정보에 근거하여, 노인 프로그램의 확대된 재택 서비스(EISEP) 또는 지역 서비스(CSE)에 따른 EISEP와 유사한 서비스에 대해 본인은 이 계약서의 적용 기간 동안 요금을 지불할 필요가 없음을 이해합니다.

B. 계약서 – 비용 분담

☐ 이 항이 계약서의 일부인 경우, 상자에 체크하세요.

본인은 본 계약의 적용 기간 동안 EISEP 또는 CSE에 따라 받는 서비스, 물자, 또는 품목에 대해 요금을 지불하는 것에 동의합니다. 이 요금은 매월 받는 서비스 비용의 _____% 또는 $_____ 중 더 적은 금액을 초과하지 않습니다. 무료인 케이스 관리 비용은 포함되지 않습니다.

EISEP 또는 CSE로부터 받을 것으로 예상되는 서비스, 물자 또는 품목에 근거하여 매월 본인이 지불할 예상 요금은 $_____ 입니다. 그러나 받지 않은 서비스나 비용 분담 결정 전에 주어진 서비스에 대해서는 요금이 부과되지 않습니다.

본인은 _____ 단위의 재택 서비스, _____ 단위의 비시설 임시 간호 서비스, _____ 단위의 보조 서비스를 받을 것으로 이해합니다.

C. 계약서 – 잠재적인 Medicaid 고객에 대한 비용 분담

☐ 이 항이 계약서의 일부인 경우, 상자에 체크하세요.

본인은 Medicaid 자격 대상으로 비춰질 수 있으며, Medicaid를 신청해야 함을 이해합니다. 본인은 Medicaid 신청과 결정이 진행되는 동안 케어 플랜에 설정된 EISEP 또는 CSE 서비스를 받기를 요청합니다.

본인은 Medicaid 자격 결정이 진행되는 동안, 본 계약의 적용 기간 동안 매월 $_____ 의 서비스 비용을 부담해야 함을 이해합니다. 그러나 받지 않은 서비스나 비용 분담 결정 전에 주어진 서비스에 대해서는 요금이 부과되지 않습니다. 본인이 Medicaid 자격이 되는 것으로 판정될 경우 Medicaid가 유사한 재택 서비스 비용을 지불함을 본인은 이해합니다. Medicaid에 따라 재택 서비스를 받기 시작하는 시점에 EISEP/CSE에 따른 재택 서비스에 대한 분담 비용을 지불할 필요가 없으며 이 계약은 종료함을 본인은 이해합니다. Medicaid의 적용 범위가 아닌 EISEP/CSE 서비스와 지원을 받을 자격이 되는 경우, 본인은 EISEP/CSE를 신청할 수 있으며 본인의 소득, 주거비 및 거주 형태에 근거하여 새 계약서가 작성됩니다. 필요한 경우 새 계약서에 계약 기간 동안의 비용 분담액이 포함될 수 있습니다.

D. 계약서 – 비용 전액 지불, 금융 정보 없음

☐ 이 항이 계약서의 일부인 경우, 상자에 체크하세요.

본인은 이 양식에 필요한 정보를 제공하지 않겠습니다. 본인은 본인의 소득과 재원으로 인해 Medicaid 혹은 기타 정부 프로그램에 따른 유사한 재택 서비스나 케이스 관리 서비스를 받을 자격이 없다고 생각합니다. 본인은 거부함으로써 EISEP 또는 CSE에 따른 비용 분담 지원을 받을 자격이 없음을 이해합니다. 본인은 본 계약에 근거한 서비스를 받고, 본 계약의 적용 기간에 매월 서비스 비용 전액인 $_____를 지불하기로 선택합니다. 그러나 받지 않은 서비스나 비용 분담 결정 전에 주어진 서비스에 대해서는 요금이 부과되지 않습니다.

본인은 이 양식에서 요구하는 모든 정보를 제공하기로 결정한 경우, 지불해야 할 요금의 재결정을 신청하고 받을 기회가 있음을 이해합니다. 본인은 이를 요청하기

위해 케이스 관리자에게 연락할 것입니다. 이 항에 따른 재결정은 새 계약서 날짜 이후부터 유효합니다.

E. 금융 정보 확인

본인, _____(은)는 EISEP 또는 CSE 서비스와 관련하여 제공하는 모든 금융 정보가 아는 한도에서 사실이고 정확함을 확인합니다. 본인은 필요한 경우 본 정보를 확인할 수 있음에 동의합니다. 본인은 금융 평가와 관련하여 고의로 거짓이나 허위 진술을 할 경우 서비스 수혜 자격이 되지 못함을 알고 있습니다.

본인은 받는 서비스의 종류나 금액, 소득, 주거비, 거주 형태 또는 의료비의 변화가 이 계약서에 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다. 본인은 모든 변경 사항에 대해 케이스 관리자에게 알리는 것에 동의합니다. 본인은 변경 사항의 발생 시점부터 비용 분담액이 재계산될 수 있음을 이해합니다. 초과지급에 대해서는 지역 노인 복지 사무소를 통해 전액 상환받을 것입니다. 본인은 돈을 덜 낸 경우에 잔액을 지불할 것입니다. 실수가 발견된 경우, 서비스 시작일부터 비용 분담액이 재계산될 수 있음을 이해합니다.

본인은 비용 분담액 지불에 대한 정책과 절차에 대해 알고 있으며, 비용 분담액을 고의로 지불하지 않을 경우 프로그램이 종료되고 과거의 비용 분담액을 지불할 때까지 EISEP 또는 CSE에 따른 서비스를 받을 자격이 없음을 이해합니다.

F. 지불 일정, 청구 방법 및 지불 절차

본인은 기관의 지불 일정, 청구 방법 및 지불 절차에 동의하며, 본 계약서와 함께 그러한 사본이 본인에게 제공되었음을 인정합니다.

G. 고객 권리

본인은 EISEP 또는 CSE에 따른 본인의 권리를 서면으로 통지받았습니다. 여기에는 청문회를 요청할 수 있는 권리, 지역 노인 복지 사무소에 의해 결정된 비용 분담액에 대해 이의를 제기할 수 있는 권리가 포함됩니다.

H. 케어 플랜/비용 분담 결정 수용

본인은 본인의 케어 플랜과 비용 분담 결정에 대해 통지를 받았습니다.

본인은 케어 플랜과 비용 분담 결정을 수용합니다

☐ 예 ☐ 아니요 (설명하세요)

_____ / _____

고객/대리인 서명 **날짜**

_____ / _____

고객/대리인 서명 **날짜**

<u>케이스 관리자 확인</u>

케이스 관리자인 본인, _____ (은)는 _____ (이)가 제공한 정보와 본 문서에 포함된 정보가 일치함을 확인합니다.

서명: _____ **날짜:** _____

이름 (인쇄체): _____

전화: _____

이메일: _____

6 Программа расширенных услуг на дому для пожилых людей (EISEP) и программа местных услуг для пожилых людей (CSE)

Соглашение с клиентом

Имя и фамилия клиента (клиентов):_____

Агентство-поставщик услуг EISEP: _____

Местное агентство по делам пожилых людей: _____

Период времени, покрываемый настоящим Соглашением:_____ до ___

A. Соглашение без разделения затрат

☐ Поставьте здесь отметку, если этот раздел является частью соглашения.

Я понимаю, что на основании предоставленной мной информации мне не требуется выплачивать плату за услуги, предоставляемые в рамках Программы расширенных услуг на дому для пожилых людей (EISEP), или услуги, аналогичные EISEP, предоставляемые в рамках Программы местных услуг для пожилых людей (CSE), в течение периода, покрываемого настоящим соглашением.

B. Соглашение в случае разделения затрат

☐ Поставьте здесь отметку, если этот раздел является частью соглашения.

Я соглашаюсь выплачивать плату за услуги, товары и/или элементы, которые я получаю в рамках программы EISEP и/или CSE в течение периода, покрываемого настоящим соглашением. Такая плата не должна превышать _____% от стоимости услуг, которые я получаю за месяц, или $_____, в зависимости от того, какая сумма меньше. Сюда не входит стоимость услуг по ведению медицинского обслуживания, которые предоставляются бесплатно.

Предполагаемая ежемесячная плата составляет $_____ с учетом услуг, товаров и/или элементов, которые я ожидаю получить от программы EISEP и/или CSE. Однако с меня не будет взиматься плата за услуги, которые я фактически не получаю, или за услуги, полученные до принятия мной решения о разделении затрат.

Я понимаю, что буду получать _____ единиц услуг на дому, _____ единиц услуг взамен помощи ухаживающего лица вне стационара и _____ единиц вспомогательных услуг.

C. Соглашение в случае разделения затрат (для потенциальных клиентов Medicaid)

☐ Поставьте здесь отметку, если этот раздел является частью соглашения.

Я понимаю, что могу иметь право на получение услуг Medicaid, и понимаю, что я обязан(а) подать заявление на получение услуг Medicaid. Я прошу продолжить предоставление мне услуг по программе EISEP и/или CSE, как предусмотрено в моем плане медицинского обслуживания, на время подачи мной заявления в программу Medicaid и рассмотрения заявления.

Я понимаю, что в течение периода определения моего права на участие в программе Medicaid я обязан(а) оплачивать эти услуги в размере $_____ в месяц в течение периода, покрываемого настоящим Соглашением. Однако с меня не будет взиматься плата за услуги, которые я фактически не получаю, или за услуги, полученные до принятия мной решения о разделении затрат. Я понимаю, что, если будет принято положительное решение о моем участии в программе Medicaid, аналогичные услуги на дому будут оплачиваться программой Medicaid. Я понимаю, что в момент, когда я начну получать услуги на дому в рамках программы Medicaid, мне больше не нужно будет вносить плату по схеме разделения затрат услуги на дому, за получаемые мной в рамках программы EISEP/CSE, и что действие настоящего соглашения будет прекращено. В случае если я в рамках программы EISEP/CSE имею право на услуги и помощь, выходящие за рамки программы Medicaid, я могу повторно подать заявку на участие в программе EISEP/CSE и новое соглашение будет составлено на основе моего дохода, стоимости жилья и условий проживания. Если необходимо, это новое соглашение может включать в себя схему разделения затрат на период действия настоящего соглашения.

D. Соглашение в случае оплаты полной стоимости (отсутствие финансовой информации)

☐ Поставьте здесь отметку, если этот раздел является частью соглашения.

Я отказываюсь предоставлять информацию, запрашиваемую в этой форме. Я считаю, что мой доход и ресурсы не дают мне права на получение аналогичных услуг на дому или услуг по ведению медицинского обслуживания в рамках программы Medicaid или любой другой государственной программы. Я понимаю, что вследствие моего отказа я не имею права на получение помощи в виде разделения затрат в рамках программы EISEP и/или CSE. Я принимаю решение получать услуги, на которые я имею право в рамках настоящего соглашения, и оплачивать полную стоимость этих услуг в размере $_____ в месяц за период, покрываемый настоящим соглашением. Однако с меня не будет взиматься плата за услуги, которые я не получаю, или за услуги, полученные до принятия мной решения о разделении затрат.

Я понимаю, что, если я предоставлю всю информацию, запрошенную в этой форме, я получу возможность запросить и получить перерасчет сумм, которые я обязан(а) выплачивать. Для получения такой информации мне следует обратиться к своему координатору медицинского обслуживания. Перерасчет, предусмотренный в данном разделе, вступает в силу не ранее даты начала действия нового соглашения.

E. Подтверждение финансовой информации

Я,_____, подтверждаю, что любая финансовая информация, предоставленная мной в связи с услугами по программе EISEP и/или CSE, является, в меру моего знания, достоверной и верной. Я соглашаюсь с тем, что эта информация при необходимости может быть проверена. Я понимаю, что любые ложные заявления или недостоверная информация, преднамеренно предоставленные мной в связи с этой финансовой оценкой, могут привести лишению меня права на получение услуг.

Я понимаю, что будущие изменения вида или объема получаемых мной услуг, дохода, стоимости жилья, условий проживания или медицинских

расходов могут отразиться на настоящем соглашении. Я соглашаюсь уведомлять своего координатора медицинских услуг о любых происходящих изменениях. Я понимаю, что в случае изменений моя доля в схеме разделения затрат быть пересчитана, начиная с даты изменения. В случае моей переплаты переплаченная сумма будет мне полностью возмещена Местным агентством по делам пожилых людей. В случае моей недоплаты я обязуюсь уплатить недостающую сумму. Я понимаю, что в случае обнаружения ошибки моя доля затрат может быть пересчитана за все время с начала предоставления услуг.

Меня полностью проинформировали о политике и процедуре выплаты моей доли затрат, и я понимаю, что умышленная невыплата моей доли затрат приведет к прекращению моего участия в программе и лишит меня права на получение услуг в рамках программы EISEP и/или CSE до получения оплаты моей предыдущей доли затрат.

F. Графики платежей, правила выставления счетов и процедуры оплаты

Я соглашаюсь с предложенными агентством расписанием платежей, правилами выставления счетов и процедурами оплаты и подтверждаю, что копии этих документов были предоставлены мне вместе с настоящим Соглашением.

G. Права клиента

Я проинформирован(а) в письменной форме о моих правах в рамках программы EISEP и/или CSE. Это включает в себя все права, которые у меня могут быть, на запрос слушания и право на оспаривание суммы моей доли затрат, определенной Местным агентством по делам пожилых людей.

H. Принятие плана медицинского обслуживания/схемы разделения затрат

Я проинформирован(а) о моем плане медицинского обслуживания и схеме разделения затрат.

Я принимаю план медицинского обслуживания и схему разделения затрат

☐ Да ☐ Нет (объясните)

_____ / _____

Подпись клиента/представителя **Дата**

_____ / _____

Подпись клиента/представителя **Дата**

Подтверждение координатора медицинских услуг

Я, _____, координатор медицинских услуг для _____, подтверждаю, что информация, содержащаяся в настоящем документе, соответствует информации, предоставленной клиентом.

Подпись: _____ **Дата:** _____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____

Телефон: _____

Электронная почта: _____

6 老年人计划内扩展到家服务（EISEP）或老年人计划内社区服务（CSE）

客户协议

客户姓名： _____

EISEP 服务提供机构： _____

地区抗衰老机构： _____

本协议的适用时间段：_____ 至 _____

A. 协议——无分摊费用

☐ 若这个部分是该协议的一部分，请勾选方框。

我理解，根据我提供的信息，我不必在本协议的适用时间段内，为在老年人计划内扩展到家服务（EISEP）下获得的服务或在老年人计划内社区服务（CSE）下获得的与 EISEP 相似的服务，支付费用。

B. 协议——分摊费用

☐ 若这个部分是该协议的一部分，请勾选方框。

我同意在本协议的适用时间段内，为我在 EISEP 和/或 CSE 下获得的服务、商品和/或物品支付费用。这个费用将不会超过我在一个月内获得的服务费用的 _____% 或 $_____，取两个金额中较少的一个。这不包括免费的个案管理费用。

根据我应从 EISEP 和/或 CSE 获得的服务、商品和/或物品，预计我每月将支付的费用是 $_____。不过，将不会就我实际并没有获得的服务向我收取费用，也不会就我在分摊费用决定做出前获得的服务向我收取费用。

我理解，我将获得 _____ 单位的到家，_____ 单位的非机构型临时服务和 _____ 单位的辅助服务。

C. 协议——潜在 Medicaid 客户的分摊费用

☐ 若这个部分是该协议的一部分，请勾选方框。

我理解，我貌似有资格获得 Medicaid；我还理解，我必须申请 Medicaid。在申请 Medicaid 并等待决议期间，我要求按我的护理计划所述，为我提供 EISEP 和/或 CSE 服务。

我理解，在 Medicaid 资格待定期间，将由我在本协议的适用时间段内负责支付这些服务的费用，具体金额是每月 $_____。不过，将不会就我实际并没有获得的服务向我收取费用，也不会就我在分摊费用决定做出前获得的服务向我收取费用。我理解，我如果经认定有 Medicaid 资格，Medicaid 将支付类似的到家服务。 当我开始在 Medicaid 下获得到家服务，自那时起，将不再要求我为自己在 EISEP/CSE 下获得的到家服务支付分摊费用，而本协议也将被终止。 如果我有资格获得不在 Medicaid 范围的 EISEP/CSE 服务和支持，我可重新申请 EISEP/CSE，并将根据我的收入、住房费用和生活安排起草一份新的协议。如有必要，这份新协议可包括本协议时间段内的分摊费用。

D. 协议——全额支付，没有财务信息

☐ 若这个部分是该协议的一部分，请勾选方框。

我拒绝按照这份表格的要求，提供必要信息。我认为，我的收入和资源会使我没有资格在 Medicaid 下获得类似的到家或个案管理服务，也没有资格加入任何其他政府计划。我理解，拒绝提供信息也就意味着我没有资格获得 EISEP 和/或 CSE 下的分摊费用援助。在本协议的适用时间段内，我选择获得我依照本协议有资格获得的那些服务，并且选择全额支付服务费用——每月 $_____。不过，将不会就我并没有获得的服务向我收取费用，也不会就我在分摊费用决定做出前获得的服务向我收取费用。

我理解，如果我决定按照这份表格的要求，提供所有必要信息，我将有机会提出这个要求，并收到一个对我应付费用金额的重新决定。我将联系我的个案管理人，提出这个要求。这个部分下的重新决定将不会在新协议的日期前生效。

E. 财务信息确认书

我，_____，特此确认，据本人所知，我提供的与 EISEP 和/或 CSE 服务相关的任何财务信息都是真实准确的。我同意可在必要时核查这些信息。我明白，我若有意做出任何与这次财务评估相关的虚假陈述或提供误导信息，都可导致我没有资格获得服务。

我理解，我获得的服务类型或金额、收入、住房花费、生活安排或医疗花费若在未来有变化，都可影响这个协议。我同意会在出现任何变化时通知我的个案管理人。我理解，如果发生了变化，将从出现这个变化的那一刻起，重新计算我的分摊费用。如果我有多付，地区抗衰老机构会全额返还我多付的部分。如果我少付了，我将支付欠下的金额。如果有发现错误，我理解，将从开始提供服务的那一刻起，重新计算我的分摊费用。

我已被完全告知支付分摊费用的政策和流程；我理解，我若故意不支付分摊费用，可导致我在计划的参与被终止，还会使我没有资格获得 EISEP 和/或 CSE 下的服务，直到有收到我欠下的分摊费用付款。

F. 付款计划表、开账单的习惯做法和付款流程

我对该机构的付款计划表、开账单的习惯做法和付款流程表示同意；我还承认，已连同这份协议，为我提供了一份这些文件的副本。

G. 客户权利

我已以书面形式被告知我在 EISEP 和/或 CSE 下都有哪些权利。这包括任何关于我可提出听审要求的权利，以及我可就经地区抗衰老机构评定给出的分摊费用金额提出争议的权利。

H. 护理计划/分摊费用决定的接受函

我已被告知我的护理计划和分摊费用决定。

我接受这个护理计划和分摊费用决定

☐ 是 ☐ 否（解释说明）

_____ / _____

客户/代表签名 **日期**

_____ / _____

客户/代表签名 **日期**

个案管理人确认书

我，_____，作为

_____ 的个案管理人，特此确认这份文件里的信息与这名客户提供的信息一致。

签名：_____ **日期：**_____

姓名（请工整书写）：_____

电话号码：_____

电子邮件：_____

6 Programa Ampliado de Servicios Domiciliarios para Personas Mayores o Servicios Comunitarios para Personas Mayores:

Acuerdo del Cliente

Nombre(s) del/de los Cliente(s):_____

Agencia del Proveedor del EISEP: _____

Agencia del Área de la Tercera Edad: _____

Período que abarca el presente Acuerdo:_____ al _____

A. Acuerdo: sin costo compartido

☐ Marque la casilla si esta sección forma parte del acuerdo.

Entiendo que, según la información que he proporcionado, no debo pagar un costo por los servicios conforme al Programa Ampliado de Servicios Domiciliarios para Personas Mayores (Expanded In-Home Services for the Elderly Program (EISEP)) ni servicios similares a este conforme a los Servicios Comunitarios para Personas Mayores (Community Services for the Elderly, CSE) por el período que abarca el presente acuerdo.

B. Acuerdo: costo compartido

☐ Marque la casilla si esta sección forma parte del acuerdo.

Acepto pagar un costo por los servicios, bienes o artículos que reciba conforme al EISEP o CSE por el período que abarca el presente acuerdo. Este costo no excederá el _____ % correspondiente al costo de los servicios que recibo por mes o $_____, lo que sea menor. Esto no incluye el costo de administración del caso, que es gratuito.

El costo estimado que pagaré por mes es de $_____, según los servicios, bienes o artículos que espero recibir del EISEP o CSE. No obstante, no se me cobrarán los servicios que efectivamente no reciba ni los que haya recibido antes de optar por la opción de costo compartido.

Entiendo que recibiré _____ unidades de atención domiciliaria, _____ unidades de servicios de relevo no institucional y _____ unidades de servicios accesorios.

C. Acuerdo: costo compartido para posibles clientes de Medicaid

☐ Marque la casilla si esta sección forma parte del acuerdo.

Entiendo que aparento ser elegible para Medicaid y que debo presentar la solicitud para obtenerlo. Durante el proceso de determinación y solicitud de Medicaid, solicito recibir los servicios del EISEP o CSE, según se indica en mi plan de atención.

Si bien se determina la elegibilidad de Medicaid, entiendo que soy responsable del costo de estos servicios por el monto de $_____ por mes durante el período que abarca el presente Acuerdo. No obstante, no se me cobrarán los servicios que efectivamente no reciba ni los que haya recibido antes de optar por la opción de costo compartido. Entiendo que si soy elegible para Medicaid, este se hará cargo de los servicios domiciliarios similares. Al momento que comience a recibir los servicios domiciliarios conforme a Medicaid, entiendo que ya no deberé pagar un costo compartido en concepto de los servicios domiciliarios conforme al EISEP/CSE y que este acuerdo se rescindirá. En caso de que califique para los servicios y la ayuda del EISEP/CSE que no se encuentren dentro del alcance de Medicaid, puedo enviar una nueva solicitud para el EISEP/CSE; se confeccionará un nuevo acuerdo en función de mis ingresos, costos de vivienda y situación de vivienda. Este nuevo acuerdo puede, de ser necesario, incluir un costo compartido por el plazo del presente.

D. Acuerdo: pago del costo total, sin información financiera

☐ Marque la casilla si esta sección forma parte del acuerdo.

Me rehúso a proporcionar la información solicitada para este formulario. Considero que mis ingresos y recursos me convierten en inelegible para recibir servicios de administración del caso o servicios domiciliarios similares de conformidad con Medicaid o cualquier otro programa del gobierno. Entiendo que, al rehusarme, soy inelegible para recibir asistencia de costo compartido conforme al EISEP o CSE. Decido recibir los servicios para los que soy elegible mediante el presente acuerdo y pagar el costo total de los servicios, $_____ por mes, por el

período que abarca el presente. No obstante, no se me cobrarán los servicios que no reciba ni los que haya recibido antes de optar por la opción de costo compartido.

Entiendo que al decidir proporcionar toda la información solicitada en este formulario, tengo la posibilidad de solicitar y recibir una nueva determinación del monto de los costos que debo pagar. Para solicitarla me contactaré con mi Administrador de Casos. Una nueva determinación conforme a esta cláusula no entrará en vigencia antes de la fecha del nuevo acuerdo.

E. Declaración de información financiera

Yo, _____, declaro que cualquier información financiera que haya proporcionado en relación con los servicios del EISEP o CSE es fiel y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que esta información puede verificarse según sea necesario. Entiendo que cualquier declaración falsa que realice a sabiendas en relación con esta evaluación financiera puede tener como consecuencia que sea inelegible para recibir los servicios.

Entiendo que los cambios futuros en el tipo o en el monto de los servicios que recibo, ingresos, gastos de vivienda, situación de vivienda o gastos médicos podrían repercutir en este acuerdo. Acepto informar a mi Administrador de Casos acerca de los cambios que pudiera haber. Entiendo que si este es el caso, mi costo compartido puede recalcularse a partir del momento del cambio. Si he pagado en exceso, la Agencia del Área de la Tercera Edad me reembolsará la totalidad. Si he pagado de menos, pagaré el monto adeudado. Si se encuentra un error, entiendo que mi costo compartido se recalculará a partir del momento en el que comenzaron los servicios.

He recibido la información completa de mi póliza y del procedimiento para pagar el costo compartido y entiendo que el incumplimiento intencional del pago tendrá como consecuencia la finalización del programa y que seré inelegible para recibir los servicios conforme al EISEP o CSE hasta que se reciba el pago del costo compartido adeudado.

F. Cronogramas de pagos, prácticas de facturación y procedimientos de pago

Acepto los cronogramas de pago, las prácticas de facturación y los procedimientos de pago de la agencia, y reconozco que he recibido una copia de ellos junto con el presente Acuerdo.

G. Derechos del cliente

Me han informado por escrito acerca de mis derechos conforme al EISEP o CSE. Esto incluye cualquier derecho que pueda tener para solicitar una audiencia y mi derecho a cuestionar el monto de mi costo compartido que fuera evaluado por la Agencia del Área de la Tercera Edad.

H. Aceptación de la determinación del plan de atención/del costo compartido

Me han informado acerca de la determinación de mi plan de atención y de costo compartido.

Acepto la determinación del plan de atención y del costo compartido

☐ Sí ☐ No (Explicar)

_____ / _____

Firma del Cliente/Representante **Fecha**

_____ / _____

Firma del Cliente/Representante **Fecha**

Declaración del Administrador de Casos

Yo, _____, Administrador de Casos para _____, declaro que la información incluida en el presente documento coincide con la información proporcionada por el cliente.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____