

# 6

## 扩展老年人居家服务计划 (EISEP) 或老年人社区服务 (CSE)

### 客户协议

客户姓名: \_\_\_\_\_

EISEP 提供者机构: \_\_\_\_\_

区域老年人机构: \_\_\_\_\_

本协议承保的期限: \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

#### A. 协议 - 无成本分摊

如果此部分是协议的一部分, 请勾选此框。

本人理解, 根据本人提供的信息, 在本协议承保的期限内, 本人无需为拓展老年人居家服务计划 (EISEP) 或老年人社区服务 (CSE) 计划下的类似 EISEP 的服务支付费用。

#### B. 协议 - 无成本分摊

如果此部分是协议的一部分, 请勾选此框。

本人同意在本协议所承保的期限内为本人根据 EISEP 和/或 CSE 收到的服务、货物和/或项目支付费用。该费用不超过本人一个月内收到的服务费用的 \_\_\_\_\_% 或 \$ \_\_\_\_\_, 以较少者为准。这包括免费的个案管理费用。

根据本人预计从 EISEP 和/或 CSE 收到的服务、货物和/或物品, 本人每月将支付的估计费用为 \$ \_\_\_\_\_。但是, 本人不会对本人实际没有收到的任何服务或在本人确定成本分摊之前收到的服务而支付费用。

据本人所知, 本人将获得 \_\_\_\_\_ 单位的居家服务、 \_\_\_\_\_ 单位的非机构临时服务和 \_\_\_\_\_ 单位的辅助服务

#### C. 协议 - 潜在 Medicaid 客户的成本分摊

如果此部分是协议的一部分, 请勾选此框。

本人正在申请 Medicaid, 并理解, 在 Medicaid 申请和确定流程期间, 本人申请获得本人护理计划中规定的 EISEP 和/或 CSE 服务。

虽然确定了 Medicaid 资格, 但本人理解, 在本协议承保期间, 本人负责支付这些服务的费用, 金额为每月 \$ \_\_\_\_\_。但是, 本人不会对本人实际没有收到的任何服务或在本人确定成本分摊之前收到的服务而支付费用。本人理解, 如果

Medicaid 认为本人有资格享受 Medicaid，则将支付类似的居家服务费用。当本人开始接受 Medicaid 下的居家服务时，本人理解，本人将不再需要为 EISEP/CSE 下的居家服务支付成本分摊，且本协议将终止。如果本人有资格获得超出 Medicaid 范围的 EISEP/CSE 服务和支持，本人可以重新申请 EISEP/CCE，并将根据本人的收入、住房成本和生活安排签订新的协议。如有必要，新协议可包括本协议期限内的成本分摊。

#### D. 协议 - 支付全部成本，无财务信息

如果此部分是协议的一部分，请勾选此框。

本人拒绝提供此表格所需的信息。本人相信，本人的收入和资源使本人没有资格根据 Medicaid 或任何其他政府计划获得类似的居家或个案管理服务。本人理解，如果拒绝，本人则没有资格根据 EISEP 和/或 CSE 获得成本分摊援助。本人选择接受本协议规定的本人有资格获得的服务，并在本协议承保期限内支付服务的全部费用，金额为每月 \$\_\_\_\_\_。但是，本人不会对本人没有收到的任何服务或在本人确定成本分摊之前收到的服务而支付费用。

本人理解，如果本人决定提供此表格上要求的所有信息，则本人有机会要求并收到重新确定的本人需要支付的费用金额。如需申请，本人将联系本人的个案经理。根据本节作出的重新裁定的生效日期不应早于新协议。

#### E. 财务信息确认

本人 \_\_\_\_\_ 确认，据本人所知，本人所提供的与 EISEP 和/或 CSE 服务相关的任何财务信息均真实准确。本人同意，可以根据需要勾选该信息。本人了解，本人在本次财务评估中故意作出的任何虚假陈述或失实陈述可能导致本人没有资格获得服务。

本人理解，本人接受的服务类型或金额、收入、住房支出、生活安排或医疗费用的未来变更可能会影响本协议。本人同意，如果发生任何变更，会通知本人的个案经理。本人理解，如果发生变更，本人的成本分摊可能会从变更时重新计算如果本人超额支付，本人将获得区域老年人机构的全额报销。如果本人未足额支付，本人将支付欠款。如果发现错误，本人理解，本人的成本分摊可能会从服务开始时重新计算。

本人已充分了解支付本人的成本分摊的政策和程序，并理解，故意不支付本人的费用分摊将导致本人终止该计划，并将使本人在收到本人过去的成本分摊之前没有资格接受 EISEP 和/或 CSE 下的服务。

**F. 付款计划、计费惯例和付款程序**

本人同意该机构的付款计划、计费惯例和付款程序，并确认已收到随附于本协议的此类副本。

**G. 客户权利**

本人已以书面形式了解本人在 EISEP 和/或 CSE 下的权利。这包括本人可以听证的任何权利，以及本人对区域老年人机构评估的本人的成本分摊金额提出异议的权利。

**H. 接受护理计划/成本分摊决定**

本人已了解本人的护理计划和成本分摊决定。

本人接受护理计划和成本分摊决定

是  否（请解释）

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
客户/代表签名 日期

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
客户/代表签名 日期

个案经理确认

本人\_\_\_\_\_, 是\_\_\_\_\_的个案经理, 本人确认, 本文件中包含的信息与客户提供的信息一致。

签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

姓名（以印刷体书写）: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_

电子邮件: \_\_\_\_\_