

**Programma di servizi estesi di assistenza domiciliare per gli anziani (EISEP) o
Servizi territoriali per gli anziani (CSE)**

Accordo con il cliente

Nome del/della cliente (o più di uno/a): _____

Agenzia fornitrice dell'EISEP: _____

Agenzia di zona per gli anziani: _____

Periodo di tempo coperto dal presente Accordo: da _____ **a** _____

A. Accordo - nessuna partecipazione ai costi

Spuntare
la casella se
questa
sezione
rientra
nell'Accordo.

Comprendo che, in base alle informazioni da me fornite, non mi è richiesto di corrispondere nessuna quota per i servizi nell'ambito del Programma di servizi estesi di assistenza domiciliare per gli anziani (*Expanded In-Home Services for the Elderly Program*, EISEP) o per i servizi analoghi all'EISEP nell'ambito del programma di Servizi territoriali per gli anziani (*Community Services for the Elderly*, CSE) per il periodo coperto dal presente Accordo.

B. Accordo - partecipazione ai costi

Spuntare
la casella se
questa
sezione
rientra
nell'Accordo.

Accetto di corrispondere una quota per i servizi, i beni e/o gli oggetti da me ricevuti nell'ambito dell'EISEP e/o dei CSE per il periodo coperto dal presente Accordo. Detta quota non supererà il _____% del costo dei servizi da me ricevuti in un mese o l'importo di _____ \$, se inferiore. Detta quota non include il costo di case management (coordinazione dei servizi), che è gratuito.

La quota stimata che corrisponderò ogni mese è pari a _____ \$, in base ai servizi, ai beni e/o agli oggetti che prevedo di ricevere dall'EISEP e/o dai CSE. Tuttavia, non mi sarà addebitato alcun servizio da me non effettivamente ricevuto o alcun servizio ricevuto prima della determinazione della mia partecipazione ai costi.

Mi risulta che riceverò _____ unità di assistenza domiciliare, _____ unità di assistenza di sollievo non istituzionale e _____ unità di servizi accessori

C. Accordo - partecipazione ai costi per potenziali clienti Medicaid

Spuntare la casella se questa sezione rientra nell'Accordo.

Sto presentando richiesta per il programma Medicaid e comprendo che durante il processo di richiesta e determinazione della copertura Medicaid, posso richiedere che mi siano forniti i servizi dell'EISEP e/o i CSE, come stabilito nel mio piano di assistenza.

Durante la determinazione dell'idoneità al programma Medicaid, comprendo di essere responsabile del costo di questi servizi per un importo pari a _____ \$ al mese durante il periodo coperto dal presente Accordo. Tuttavia, non mi sarà addebitato alcun servizio da me non effettivamente ricevuto o alcun servizio ricevuto prima della determinazione della mia partecipazione ai costi. Comprendo che, qualora risultassi idoneo/a al programma Medicaid, quest'ultimo corrisponderà l'importo per analoghi servizi di assistenza domiciliare. Nel momento in cui inizierò a ricevere i servizi di assistenza domiciliare nell'ambito del programma Medicaid, comprendo che non mi sarà più richiesto di partecipare ai costi dei miei servizi di assistenza domiciliare nell'ambito dell'EISEP / dei CSE e che il presente Accordo sarà risolto. Nell'eventualità che sia idoneo/a a servizi e supporti dell'EISEP / dei CSE che non rientrano nell'ambito del programma Medicaid, posso presentare una nuova richiesta per l'EISEP / i CSE e verrà stipulato un nuovo accordo in base al mio reddito, alle spese per la mia abitazione e alla mia situazione abitativa. Questo nuovo accordo potrebbe, se necessario, includere una partecipazione ai costi per il periodo del presente Accordo.

D. Accordo - pagamento dell'intero costo, nessuna informazione finanziaria

Spuntare la casella se questa sezione rientra nell'Accordo.

Mi rifiuto di fornire le informazioni richieste per questo modulo. Ritengo che il mio reddito e le mie risorse mi rendano inammissibile a ricevere analoghi servizi di assistenza domiciliare o di case management nell'ambito del programma Medicaid o di qualsiasi altro programma governativo. Comprendo che rifiutandomi, sono idoneo/a a ricevere assistenza per la partecipazione ai costi nell'ambito dell'EISEP e/o dei CSE. Scelgo di ricevere i servizi ai quali sono idoneo/a mediante il presente Accordo e di corrispondere l'intero costo dei servizi, _____ \$ al mese, per il periodo coperto dallo stesso. Tuttavia, non mi sarà addebitato alcun servizio da me non ricevuto o alcun servizio ricevuto prima della determinazione della mia partecipazione ai costi.

Comprendo che, qualora decidessi di fornire tutte le informazioni richieste sul presente modulo, avrò l'opportunità di richiedere e ricevere una rideterminazione dell'importo della quota (o delle quote) che mi viene richiesto di corrispondere. Per richiederlo, contatterò il mio Coordinatore/la mia Coordinatrice. Una rideterminazione ai sensi della presente sezione non decorrerà prima della data del nuovo accordo.

E. Conferma delle informazioni finanziarie

Io sottoscritto/a, _____, confermo che tutte le informazioni finanziarie da me fornite in relazione ai servizi dell'EISEP e/o ai CSE sono vere e corrette al meglio delle mie conoscenze. Accetto che queste informazioni potrebbero essere controllate all'occorrenza. Mi rendo conto che eventuali dichiarazioni mendaci o fuorvianti consapevolmente fornite da me in relazione alla presente valutazione finanziaria potrebbero risultare nella mia inammissibilità ai servizi.

Comprendo che i futuri cambiamenti al tipo o all'importo dei servizi da me ricevuti, al reddito, alle spese abitative, alla situazione abitativa o alle spese mediche potrebbero incidere sul presente Accordo. Accetto di comunicare al mio Coordinatore/alla mia Coordinatrice gli eventuali cambiamenti che si dovessero verificare. Comprendo che, qualora si verificano dei cambiamenti, la mia partecipazione ai costi potrebbe essere ricalcolata dal momento del cambiamento. In caso di pagamento in eccesso da parte mia, riceverò un rimborso totale da parte dell'Agenzia di zona per gli anziani. In caso di pagamento in difetto da parte mia, corrisponderò l'importo dovuto. In caso si rilevi un errore, comprendo che la mia partecipazione ai costi potrebbe essere ricalcolata dall'inizio dei servizi.

Sono stato/a informato/a integralmente della politica e della procedura di pagamento della mia partecipazione ai costi e comprendo che il mancato pagamento intenzionale della mia partecipazione ai costi risulterà nella cessazione del programma e mi renderà inammissibile a ricevere i servizi nell'ambito dell'EISEP e/o dei CSE fino al ricevimento del pagamento della mia partecipazione ai costi passata.

F. Piani di pagamento, pratiche di fatturazione e procedure di pagamento

Accetto i piani di pagamento, le pratiche di fatturazione e le procedure di pagamento dell'agenzia, e prendo atto che una copia dei suddetti mi sia fornita unitamente al presente Accordo.

G. Diritti dei clienti

Sono stato/a informato/a per iscritto in merito ai miei diritti nell'ambito dell'EISEP e/o dei CSE. È incluso qualsiasi diritto che potrei avere di richiedere un'udienza e il mio diritto a contestare l'importo della mia partecipazione ai costi valutata dall'Agenzia di zona per gli anziani.

H. Accettazione della determinazione del piano di assistenza / della partecipazione ai costi

Sono stato/a informato/a della determinazione del mio piano di assistenza e della mia partecipazione ai costi.

Accetto la determinazione del piano di assistenza e della partecipazione ai costi

Sì No (spiegare)

_____ / _____

Firma del/della cliente / rappresentante

Data

_____ / _____

Firma del/della cliente / rappresentante

Data

Conferma del Coordinatore/della Coordinatrice

Io sottoscritto/a, _____,

Coordinatore/Coordinatrice di _____,

confermo che le informazioni contenute nel presente documento sono conformi alle informazioni fornite dal/dalla cliente.

Firma: _____ **Data:** _____

Nome (in stampatello): _____

Telefono: _____

E-mail: _____