

확대된 노인 재택 서비스 프로그램(**Expanded In-Home Services for the Elderly Program, EISEP**) 또는 노인 대상 지역사회 서비스(**Community Services for the Elderly, CSE**)

고객 계약서

고객 이름: _____

EISEP 제공자 기관(**EISEP Provider Agency**): _____

지역 노인 복지 기관(**Area Agency on Aging**): _____

본 계약의 적용 기간: _____ 부터 _____ 까지

A. 계약서 - 비용 분담 없음

이 항이 계약서의 일부인 경우, 상자에 체크하세요.

본인은 본인이 제공한 정보에 근거하여, 확대된 노인 재택 서비스 프로그램(**EISEP**) 또는 노인 대상 지역사회 서비스(**CSE**) 에 따른 **EISEP** 와 유사한 서비스의 요금을 이 계약서의 적용 기간 동안 지불할 필요가 없음을 이해합니다.

B. 계약서 - 비용 분담

이 항이 계약서의 일부인 경우, 상자에 체크하세요.

본인은 본 계약의 적용 기간 동안 **EISEP** 또는 **CSE** 에 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 **CSE** 로부터 받을 것으로 예상되는 서비스, 물자 또는 품목에 근거하여 매월 본인이 지불할 예상 요금은 \$ _____ 입니다. 그러나 받지 않은 서비스나 비용 분담 결정 전에 제공된 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 를 신청하고 있으며 Medicaid 신청과 결정이 진행되는 동안 본인의 케어 플랜에 설정된 **EISEP** 또는 **CSE** 서비스를 받도록 요청하며 이를 인정합니다.

본인은 Medicaid 자격 결정이 진행되는 동안, 본 계약의 적용 기간 동안에 매월 \$ _____ 의 서비스 비용을 부담해야 함을 이해합니다. 그러나 받지 않은 서비스나 비용 분담 결정 전에 제공된 서비스에 대해서는 요금이 부과되지 않습니다. 본인은 Medicaid 자격이 되는 것으로 판정될 경우 Medicaid 가 유사한 재택 서비스 비용을 지불함을 이해합니다. 본인은 Medicaid 에 따라 재택 서비스를 받기 시작하는 시점에 EISEP/CSE 에 따른 재택 서비스에 대한 분담 비용을 지불할 필요가 없으며 이 계약은 종료함을 이해합니다. Medicaid 의 적용 범위가 아닌 EISEP/CSE 서비스와 지원을 받을 자격이 되는 경우, 본인은 EISEP/CSE 를 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 거부할 경우 EISEP 또는 CSE 에 따른 비용 분담 지원을 받을 수 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 제공된 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 사실이며 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 향후 변화가 이 계약서에 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다. 본인은 모든 변경 사항에 대해 케이스 관리자에게 알리는 것에 동의합니다. 본인은 변경 사항의 발생 시점부터 비용 부담액이 재계산될 수 있음을 이해합니다. 초과지급에 대해서는 지역 노인 복지 기관을 통해 전액 상환받을 것입니다. 미납금이 있다면 지불할 것입니다. 실수가 발견된 경우, 서비스 시작일부터 비용 부담액이 재계산될 수 있음을 이해합니다.

본인은 비용 부담액 지불에 대한 정책과 절차에 대해 알고 있으며, 비용 부담액을 고의로 지불하지 않을 경우 프로그램이 종료되고 과거의 비용 부담액을 지불할 때까지 EISEP 또는 CSE 에 따른 서비스를 받을 수 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 CSE 에 따른 본인의 권리를 서면으로 통지받았습니다. 여기에는 청문회를 요청할 수 있는 권리, 지역 노인 복지 기관에 의해 결정된 비용 부담액에 대해 이의를 제기할 수 있는 권리가 포함됩니다.

H. 케어 플랜/비용 부담 결정 수용

본인은 본인의 케어 플랜과 비용 부담 결정에 대해 통지를 받았습니다.

