

6

Program rozszerzonych usług domowych dla osób starszych (Expanded In-Home Services for the Elderly Program, EISEP) lub Program usług środowiskowych dla osób starszych (Community Services for the Elderly, CSE)

Umowa z klientem

Imię i nazwisko klienta(-ów): _____

Agencja świadcząca usługi EISEP: _____

Okręgowa Agencja ds. Osób Starszych: _____

Okres objęty niniejszą Umową: _____ do _____

A. Umowa – Brak udziału w kosztach

Zaznaczyć, jeżeli ta część wchodzi w zakres umowy.

Rozumiem, iż w oparciu o podane przeze mnie informacje, w okresie objętym niniejszą umową nie będą wymagane płatności za usługi otrzymywane w ramach Programu rozszerzonych usług domowych dla osób starszych (Expanded In-Home Services for the Elderly Program, EISEP) lub podobne usługi EISEP świadczone w ramach Programu usług środowiskowych dla osób starszych (Community Services for the Elderly, CSE)

B. Umowa – Udział w kosztach

Zaznaczyć, jeżeli ta część wchodzi w zakres umowy.

Wyrażam zgodę na uiszczenie opłaty za usługi, towary i/lub artykuły otrzymane w ramach EISEP i/lub CSE w okresie objętym niniejszą umową. Ta opłata nie przekroczy _____% kosztu otrzymywanych miesięcznie usług lub kwoty \$_____, w zależności od tego, która z tych kwot jest niższa. Opłata nie uwzględnia kosztu prowadzenia sprawy, które jest bezpłatne.

Szacunkowa miesięczna opłata za usługi, towary i/artykuły spodziewane w ramach EISEP i/lub CSE wynosi \$_____. Nie zostaną obciążony(-a) kosztem żadnych usług, których nie otrzymałem(-am) lub usług otrzymanych przed wydaniem decyzji dotyczącej mojego udziału w kosztach.

Rozumiem, iż otrzymam _____ jednostek usług świadczonych w domu, _____ jednostek nieinstytucjonalnej krótkoterminowej opieki zastępczej oraz _____ jednostek usług pomocniczych.

C. Umowa – Udział w kosztach dla potencjalnych klientów Medicaid

Zaznaczyć, jeżeli ta część wchodzi w zakres umowy.

Składam wniosek o przyznanie mi Medicaid i rozumiem, iż w trakcie procesu wnioskowania i podejmowania decyzji w tej sprawie, wnioskuję o przyznanie mi usług EISEP i/lub CSE określonych w moim planie opieki.

Rozumiem, iż w okresie rozpatrywania mojego wniosku o przyznanie Medicaid, ponoszę odpowiedzialność za koszty tych usług w kwocie \$ _____ miesięcznie w okresie objętym niniejszą umową. Nie zostanę obciążony(-a) kosztem żadnych usług, których nie otrzymałem(-am) lub usług otrzymanych przed wydaniem decyzji dotyczącej mojego udziału w kosztach. Rozumiem, że w przypadku stwierdzenia, iż kwalifikuję się do otrzymania Medicaid, Medicaid pokryje koszty podobnych usług domowych. W momencie, kiedy zacznę otrzymywać usługi domowe w ramach Medicaid, nie będzie ode mnie wymagany dalszy udział w kosztach świadczonych mi usług domowych w ramach EISEP i/lub CSE, a niniejsza umowa wygaśnie. W przypadku zakwalifikowania się do otrzymania usług i wsparcia EISEP/CSE, których Medicaid nie pokrywa, mogę ponownie złożyć wniosek o EISEP/CSE i zostanie sporządzona nowa umowa w oparciu o wysokość mojego dochodu, kosztów zakwaterowania i utrzymania. Nowa umowa, w razie potrzeby, będzie uwzględniać udział w kosztach w okresie objętym tą umową.

D. Umowa – Płatność w całości, bez danych finansowych

Zaznaczyć, jeżeli ta część wchodzi w zakres umowy.

Odmawiam podania informacji wymaganych w tym formularzu. Uważam, iż w oparciu o wysokość mojego dochodu i posiadane zasoby nie kwalifikuję się do otrzymania podobnych świadczeń z zakresu usług domowych lub usług prowadzenia sprawy świadczonych w ramach Medicaid lub innego programu rządowego. Rozumiem, że odmowa podania tych danych dyskwalifikuje mnie z ubiegania się o otrzymanie częściowego pokrycia kosztów w ramach programu EISEP i/lub CSE. Wybieram otrzymywanie przysługujących mi w ramach tej umowy usług, których koszt w wysokości \$ _____ miesięcznie będę samodzielnie pokrywać w okresie objętym niniejszą umową. Nie zostanę obciążony(-a) kosztem żadnych usług, których nie otrzymałem(-am) lub usług otrzymanych przed wydaniem decyzji dotyczącej mojego udziału w kosztach.

Rozumiem, że jeżeli zdecyduję się na podanie wymaganych w tym formularzu informacji, otrzymam możliwość ponownego złożenia wniosku i otrzymania decyzji

dotyczącej wymaganych opłat. Aby złożyć ten wniosek, prosimy o kontakt z osobą prowadzącą Pana/Pani sprawę. Ponowna decyzja w myśl zapisów tego paragrafu wjedzie w życie nie wcześniej niż z dniem nowej umowy.

E. Potwierdzenie danych finansowych

Ja, _____, potwierdzam, że o ile mi wiadomo, informacje podane w związku z usługami EISP i/lub CSE są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na weryfikację tych informacji, stosownie do potrzeb. Rozumiem, że jakiegokolwiek fałszywe lub mylące oświadczenia z mojej strony podane w związku z tą oceną finansową mogą spowodować odebranie mi uprawnień do otrzymywania ww. usług.

Rozumiem, że wszelkie zmiany dotyczące rodzaju lub ilości otrzymywanych usług, mojego dochodu, wydatków na zakwaterowanie i utrzymanie lub wydatków medycznych mogą wpłynąć na tę umowę. Zgadzam się poinformować osobę prowadzącą moją sprawę o wszelkich zmianach, jeżeli takowe nastąpią. Rozumiem, że jeżeli takie zmiany nastąpią, mój udział w kosztach usług zostanie przeliczony od momentu zaistnienia tych zmian. W przypadku nadpłaty, Okręgowa Agencja ds. Osób Starszych w całości zwróci mi nadpłacone środki. W przypadku niedopłaty, będę musiał(a) zapłacić zaległą kwotę. W przypadku stwierdzenia pomyłki, rozumiem, iż mój udział w kosztach usług zostanie przeliczony od daty rozpoczęcia świadczenia usług.

Zostałem(-am) w pełni poinformowany(-a) w zakresie regulaminu i procedury płatności dotyczących mojego udziału w kosztach i rozumiem, że umyślne wstrzymanie płatności mojego udziału spowoduje zakończenie świadczenia usług w ramach programu oraz uniemożliwi otrzymywanie usług w ramach programów EISEP i/lub CSE do czasu uregulowania zaległej należności za otrzymane usługi.

F. Harmonogramy płatności, procedury fakturowania i procedury dotyczące płatności

Wyrażam zgodę na harmonogramy płatności, procedury fakturowania i procedury dotyczące płatności obowiązujące w agencji i potwierdzam otrzymanie ich kopii wraz kopią niniejszej umowy.

G. Prawa przysługujące klientom

Poinformowano mnie na piśmie o prawach przysługujących mi w ramach EISEP i/lub CSE. Uwzględnia to wszelkie przysługujące mi prawa w odniesieniu do złożenia wniosku o wyznaczenie przesłuchania oraz prawa do zakwestionowania mojego udziału w kosztach skalkulowanego przez Okręgową Agencję ds. Osób Starszych.

H. Przyjęcie planu opieki/udziału w kosztach

Poinformowano mnie o decyzji w sprawie mojego planu opieki i udziału w kosztach.

Przyjmuje decyzję w sprawie mojego planu opieki i udziału w kosztach.

Tak Nie (wyjaśnić)

_____/_____
Podpis Klienta/Przedstawiciela **Data**

_____/_____
Podpis Klienta/Przedstawiciela **Data**

Oświadczenie osoby prowadzącej sprawę

Ja, _____, prowadzący(-a) sprawę _____, potwierdzam, że informacje zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne z informacjami podanymi przez klienta.

Podpis: _____ **Data:** _____

Imię i nazwisko (drukowanymi literami): _____

Telefon: _____

E-mail: _____