درونِ خانہ توسیعی خدمات برائے معمر افراد (Expanded In-Home Services for the Elderly Program، EISEP) یا کمیونٹی خدمات برائے معمر افراد (Community Services for the Elderly، CSE)

کلائنٹ کا معاہدہ

کلائنٹ (کلائنٹس) کا نام (کے نام):_______________________________________

EISEP فراہم کار ایجنسی:______________________________________

علاقائی ایجنسی برائے عمر رسیدگی (Area Agency on Aging):_________________________

مذکورہ معاہدے کے تحت احاطہ شدہ وقت کا دورانیہ:_______ تا _________________

A. معاہدہ – کوئی لاگتی اشتراک نہیں

☐ اگر یہ سیکشن معاہدے کا حصہ ہے تو خانے پر نشان لگائیں۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری فراہم کردہ معلومات کی بنیاد پر، اس معاہدے کے تحت احاطہ شدہ مدت کے لیے میں درونِ خانہ توسیعی خدمات برائے معمر افراد (EISEP) کے تحت فراہم کی جانے والی خدمات یا کمیونٹی خدمات برائے معمر افراد (CSE) کے پروگرام کے تحت EISEP جیسی خدمات کے لیے فیس کی ادائیگی کا/کی پابند نہیں ہوں۔

B. معاہدہ – لاگتی اشتراک

☐ اگر یہ سیکشن معاہدے کا حصہ ہے تو خانے پر نشان لگائیں۔

اس معاہدے کے تحت احاطہ شدہ مدت کے لیے میں EISEP اور/یا CSE کے تحت جو بھی خدمات، سامان اور/یا اشیاء وصول کرتا/کرتی ہوں ان کے لیے فیس کی ادائیگی کرنے پر رضامند ہوں۔ مذکورہ فیس کسی ماہ میں مجھے موصول ہونے والی خدمات کی لاگت سے ______% یا $____________، ان میں سے جو بھی کم ہو، سے متجاوز نہیں ہو گی۔ اس میں کیس مینجمنٹ کی لاگت شامل نہیں ہوتی، کیونکہ وہ مفت ہوتی ہے۔

EISEP اور/یا CSE کی جانب سے متوقع طور پر مجھے موصول ہونے والی خدمات، سامان اور/یا اشیاء کی بنیاد پر، میری جانب سے ہر ماہ ادا کی جانے والی تخمینہ یافتہ فیس $___________ ہے۔ تاہم، مجھ سے اُن خدمات کے عوض کوئی معاوضہ وصول نہیں کیا جائے گا جو واقعتاً مجھے موصول نہیں ہوئیں، نہ ہی مجھ سے میرے لاگتی اشتراک کے تعین سے قبل کی وصول شدہ خدمات کا کوئی معاوضہ لیا جائے گا۔

میرے علم میں ہے کہ میں درونِ خانہ کی مد میں __________ یونٹس، غیر ادارہ جاتی توقف کی مد میں __________ یونٹس جبکہ ذیلی خدمات کی مد میں __________ یونٹس وصول کروں گا/گی

C. معاہدہ – لاگتی اشتراک برائے ممکنہ Medicaid کلائنٹس

☐ اگر یہ سیکشن معاہدے کا حصہ ہے تو خانے پر نشان لگائیں۔

میں Medicaid کے لیے درخواست دے رہا/رہی ہوں اور یہ سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ Medicaid کے درخواست اور تعین کاری کے عمل کے دوران، میری گزارش ہوتی ہے کہ میرے نگہداشتی منصوبے میں طے شدہ کے مطابق، مجھے EISEP اور/یا CSE خدمات فراہم کی جائیں۔

چونکہ Medicaid کے لیے اہلیت کا تعین کیا جا چکا ہے، لہٰذا میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اس معاہدے کے تحت احاطہ شدہ مدت کے دوران، میں ان خدمات کی لاگت کے ضمن میں فی مہینہ $_______________ کی رقم کی ادائیگی کا/کی ذمہ دار ہوں۔ تاہم، مجھ سے اُن خدمات کے عوض کوئی معاوضہ وصول نہیں کیا جائے گا جو واقعتاً مجھے موصول نہیں ہوئیں، نہ ہی مجھ سے میرے لاگتی اشتراک کے تعین سے قبل کی موصول شدہ خدمات کا کوئی معاوضہ لیا جائے گا۔ مجھے معلوم ہے کہ Medicaid کا اہل قرار پانے کی صورت میں، Medicaid یکساں درونِ خانہ خدمات کی ادائیگی کرے گا۔ جس وقت مجھے Medicaid کے تحت درونِ خانہ خدمات کی موصولی کا آغاز ہو جائے گا، تو میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے EISEP/CSE کے تحت اپنی درونِ خانہ خدمات کے سلسلے میں مزید لاگتی اشتراک کے لیے ادائیگی کرنے کی ضرورت نہیں ہو گی اور یہ کہ یہ معاہدہ ختم ہو جائے گا۔ میرے EISEP/CSE خدمات اور ان معاونتوں کے لیے اہل قرار پانے کی صورت میں جو Medicaid کے دائرہ کار سے باہر تصور ہوتی ہیں، میں EISEP/CSE کے لیے دوبارہ درخواست دے سکتا/سکتی ہوں، جس کے بعد میری آمدنی، رہائشی اخراجات اور رہن سہن کے انتظامات کی بنیاد پر ایک نیا معاہدہ ترتیب دیا جائے گا۔ اس نئے معاہدے میں، ضرورت کے تحت اس معاہدے کی مدت کے لیے لاگتی اشتراک شامل ہو سکتا ہے۔

D. معاہدہ – مکمل لاگت کی ادائیگی، مالی وسائل کے حوالے سے کوئی معلومات نہیں

☐ اگر یہ سیکشن معاہدے کا حصہ ہے تو خانے پر نشان لگائیں۔

میں اس فارم کے لیے درکار معلومات فراہم کرنے سے انکار کرتا/کرتی ہوں۔ میرا ماننا ہے کہ میری آمدنی اور وسائل کی رُو سے میں Medicaid یا دوسرے کسی حکومتی پروگرام کے تحت یکساں درونِ خانہ یا کیس مینجمنٹ خدمات کی موصولی کا/کی اہل نہیں ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ بصورت انکار، میں EISEP اور/یا CSE کے تحت لاگتی اشتراک میں معاونت کی وصولی کے لیے نااہل ہوں۔ میں اس معاہدے کے تحت احاطہ شدہ مدت کے لیے ان خدمات کی موصولی، جن کے لیے میں اس معاہدے کی رُو سے اہل ہوں، نیز خدمات کے ضمن میں ہر ماہ $_________ کی رقم کی مکمل لاگت کی ادائیگی کا انتخاب کرتا/کرتی ہوں۔ تاہم، مجھ سے اُن خدمات کے عوض کوئی معاوضہ وصول نہیں کیا جائے گا جو مجھے موصول نہ ہوئی ہوں، نہ ہی مجھ سے میرے لاگتی اشتراک کے تعین سے قبل کی موصول شدہ خدمات کا کوئی معاوضہ لیا جائے گا۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ میری جانب سے اس فارم میں درخواست کردہ تمام تر معلومات کی فراہمی کا فیصلہ کرنے کی صورت میں، میرے پاس اس فیس (ان فیسوں) کی رقم کے ازسرِنو تعین کی درخواست اور موصولی کا موقع ہوتا ہے جن کی ادائیگی کا مجھ سے تقاضا کیا جاتا ہے۔ یہ درخواست کرنے کے لیے، میں اپنے کیس مینیجر سے رابطہ کروں گا/گی۔ اس سیکشن کے تحت ازسرِنو تعین نئے معاہدے کی تاریخ سے پہلے نافذ العمل نہیں ہو گا۔

E. مالی وسائل کی معلومات کی توثیق

میں، ______________________________________، یہ توثیق کرتا/کرتی ہوں کہ EISEP اور/یا CSE خدمات کے سلسلے میں میری فراہم کردہ کوئی بھی مالی معلومات میرے بہترین علم کے مطابق سچ اور درست ہیں۔ میں متفق ہوں کہ ضرورت کے تحت ان معلومات کی جانچ کی جا سکتی ہے۔ میں اس

امر سے واقف ہوں کہ اس مالی تخمینے کے حوالے سے میری جانب سے دانستہ طور پر دیے جانے والے کوئی غلط بیانات یا دروغ بیانی کے نتیجے میں، میں خدمات کے لیے نااہل قرار پا سکتا/سکتی ہوں۔

میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ مجھے موصول ہونے والی خدمات کی نوعیت یا مقدار، آمدنی، رہائشی اخراجات، رہن سہن کے انتظامات یا طبی اخراجات میں مستقبل میں کی جانے والی تبدیلیاں اس معاہدے کو متاثر کر سکتی ہیں۔ کسی بھی تبدیلیوں کی صورت میں، میں اپنے کیس مینیجر کو مطلع کرنے پر متفق ہوں۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اگر تبدیلیاں واقع ہوں، تو میرے لاگتی اشتراک کا تبدیلی کے وقت سے دوبارہ تخمینہ لگایا جا سکتا ہے۔ زائد معاوضہ ادا کرنے کی صورت میں، علاقائی ایجنسی برائے عمر رسیدگی کی جانب سے مجھے رقم کی مکمل باز ادائیگی کی جائے گی۔ کم ادائیگی کرنے کی صورت میں، واجب الادا رقم کی ادائیگی میرے ذمے ہو گی۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ کوئی غلطی معلوم ہونے کی صورت میں، خدمات کے وقتِ آغاز سے میرے لاگتی اشتراک کا دوبارہ تخمینہ لگایا جا سکتا ہے۔

اپنے لاگتی اشتراک کی ادائیگی کے حوالے سے مجھے پالیسی اور طریقۂ کار سے مکمل طور پر آگاہ کر دیا گیا ہے، اور میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ اپنے لاگتی اشتراک کی ادائیگی کرنے میں ارادتاً ناکامی مجھے پروگرام سے خارج کرنے پر منتج ہو گی، نیز میرے گزشتہ لاگتی اشتراک کی ادائیگی کی وصولی تک EISEP اور/یا CSE کے تحت خدمات کی موصولی کے لیے مجھے نااہل قرار دے گی۔

F. ادائیگی کے شیڈولز، بلنگ کے معمولات اور ادائیگی کے طریقہ ہائے کار

میں ایجنسی کے ادائیگی کے شیڈولز، بلنگ کے معمولات اور ادائیگی کے طریقہ ہائے کار سے اتفاق کرتا/کرتی ہوں، اور یہ تسلیم کرتا/کرتی ہوں کہ ان کی ایک نقل مذکورہ معاہدے کے ہمراہ مجھے فراہم کی گئی ہے۔

G. کلائنٹ کے حقوق

مجھے EISEP اور/یا CSE کے تحت تحریری طور پر اپنے حقوق سے آگاہ کر دیا گیا ہے۔ ان میں ایسے تمام حقوق شامل ہیں جن کے تحت میں کسی سماعت کے لیے درخواست دے سکتا/سکتی ہوں، نیز علاقائی ایجنسی برائے عمر رسیدگی کی جانب سے تخمینہ کردہ میرے لاگتی اشتراک کی رقم سے اختلاف کرنے کا میرا حق بھی ان میں شامل ہوتا ہے۔

H. نگہداشتی منصوبہ/لاگتی اشتراک کے تعین کی منظوری

مجھے اپنے نگہداشتی منصوبے اور لاگتی اشتراک کے فیصلے سے آگاہ کر دیا گیا ہے۔

میں نگہداشتی منصوبے اور لاگتی اشتراک کے فیصلے کو تسلیم کرتا/کرتی ہوں۔

☐ جی ہاں ☐ جی نہیں (واضح کریں)

____ / ________________________

کلائنٹ/نمائندے کے دستخط **تاریخ**

____ / ________________________

کلائنٹ/نمائندے کے دستخط **تاریخ**

<u>کیس مینیجر کی جانب سے توثیق</u>

میں، __________________________________، کیس مینیجر برائے
______________________________________، یہ توثیق کرتا/کرتی ہوں کہ اس دستاویز میں
درج معلومات کلائنٹ کی جانب سے فراہم کردہ معلومات کے مشابہ ہیں۔

دستخط: ____________________________ **تاریخ:** _______________

نام (پرنٹ کریں): __________________________

ٹیلی فون: _______________________________

ای میل: ________________________________