Программа расширенных услуг на дому для пожилых людей (EISEP) или местных услуг для пожилых людей (CSE)

Договор с клиентом

Имя и фамилия клиента (клиентов):_____

Агентство-поставщик услуг EISEP: _____

Местное агентство по делам пожилых людей: _____

Период действия настоящего Договора:_____ **до** _____

A. Договор — без участия в оплате

☐ Поставьте отметку, если этот раздел включен в

Я понимаю, что на основании предоставленной мной информации мне не требуется выплачивать плату за услуги, предоставляемые по Программе расширенных услуг на дому для пожилых людей (EISEP), или услуги, аналогичные EISEP, предоставляемые по Программе местных услуг для пожилых людей (CSE), в течение периода действия настоящего договора.

B. Договор — с участием в оплате

☐ Поставьте отметку, если этот раздел включен в договор.

Я соглашаюсь выплачивать плату за услуги, товары и/или элементы, которые я получаю по программе EISEP и/или CSE в течение периода действия настоящего договора. Такая плата не должна превышать _____% от стоимости услуг, которые я получаю за месяц, или $_____, в зависимости от того, какая сумма меньше. Сюда не входит стоимость услуг по ведению обслуживания, которые предоставляются бесплатно.

Предполагаемая ежемесячная плата составляет $_____ с учетом услуг, товаров и/или элементов, которые я ожидаю получить по программе EISEP и/или CSE. Однако с меня не будет взиматься плата за услуги, которые я фактически не получаю, или за услуги, полученные до принятия мной решения об участии в оплате.

Я понимаю, что буду получать _____ единиц услуг на дому, _____ единиц услуг подмены ухаживающего лица вне стационара и _____ единиц вспомогательных услуг.

C. Договор — с участием в оплате для потенциальных клиентов Medicaid

☐ Поставьте отметку, если этот раздел включен в

Я подаю заявление на участие в программе Medicaid и понимаю, что на период подачи и рассмотрения заявления в Medicaid я прошу продолжить предоставление мне услуг по программе EISEP и/или CSE, как указано в моем плане медицинского обслуживания.

Я понимаю, что в течение периода определения моего права на участие в программе Medicaid я обязан(а) оплачивать эти услуги в размере $_____ в месяц в течение периода действия настоящего Договора. Однако с меня не будет взиматься плата за услуги, которые я фактически не получаю, или за услуги, полученные до принятия мной решения об участии в оплате. Я понимаю, что, если будет принято положительное решение о моем участии в программе Medicaid, аналогичные услуги на дому будут оплачиваться программой Medicaid. Я понимаю, что в тот момент, когда я начну получать услуги на дому по программе Medicaid, мне больше не нужно будет вносить плату по схеме участия в оплате за услуги на дому, получаемые мной по программе EISEP/CSE, и действие настоящего договора закончится. В случае если я в рамках программы EISEP/CSE имею право на услуги и помощь, выходящие за рамки программы Medicaid, я могу повторно подать заявление на участие в программе EISEP/CSE, после чего будет заключен новый договор с учетом моего дохода, расходов на жилье и условий проживания. Этот новый договор может при необходимости включать в себя схему участия в оплате на период действия этого договора.

D. Договор — полная стоимость, без предоставления финансовой информации

☐ Поставьте отметку, если этот раздел включен в

Я отказываюсь предоставить информацию, запрашиваемую в этой форме. Я считаю, что мой доход и ресурсы не дают мне права на получение аналогичных услуг на дому или услуг по ведению обслуживания по программе Medicaid или любой другой государственной программе. Я понимаю, что вследствие моего отказа я не имею права на получение помощи в виде участия в оплате по программе EISEP и/или CSE. Я соглашаюсь получать услуги, на которые я имею право в рамках настоящего договора, и оплачивать полную стоимость этих услуг в размере $_____ в месяц в течение периода действия

настоящего договора. Однако с меня не будет взиматься плата за услуги, которые я не получаю, или за услуги, полученные до принятия мной решения о разделении затрат.

Я понимаю, что, если я предоставлю всю информацию, запрошенную в этой форме, я получу возможность запросить и получить перерасчет сумм, которые я обязан(а) выплачивать. Для получения такой информации мне следует обратиться к своему координатору обслуживания. Перерасчет, предусмотренный в данном разделе, вступает в силу не ранее даты начала действия нового договора.

E. Подтверждение финансовой информации

Я, _____,
подтверждаю, что вся финансовая информация, предоставленная мной в связи с услугами по программе EISEP и/или CSE, является, в меру моего знания, правдивой и верной. Я соглашаюсь с тем, что эта информация при необходимости может быть проверена. Я понимаю, что любые ложные заявления или недостоверная информация, преднамеренно предоставленные мной в связи с этой финансовой оценкой, могут привести к потере мной права на получение услуг.

Я понимаю, что будущие изменения вида или объема получаемых мной услуг, дохода, стоимости жилья, условий проживания или медицинских расходов могут повлиять на условия настоящего договора. Я соглашаюсь уведомлять своего координатора обслуживания о любых происходящих изменениях. Я понимаю, что в случае изменений моя доля участия в оплате может быть пересчитана начиная с даты изменения. В случае моей переплаты переплаченная сумма будет мне полностью возмещена Местным агентством по делам пожилых людей. В случае моей недоплаты я обязуюсь уплатить недостающую сумму. Я понимаю, что в случае обнаружения ошибки моя доля участия в оплате может быть пересчитана за весь период предоставления услуг.

Я получил(а) полную информацию о политике и процедуре выплаты моей доли участия в оплате, и я понимаю, что умышленная невыплата моей доли участия в оплате приведет к прекращению моего участия в программе и потере

мной права на получение услуг по программе EISEP и/или CSE до получения оплаты моей предыдущей доли участия в оплате.

F. Графики платежей, правила выставления счетов и процедуры оплаты

Я соглашаюсь с предложенными агентством графиками платежей, правилами выставления счетов и процедурами оплаты и подтверждаю, что копии этих документов предоставлены мне вместе с настоящим Договором.

G. Права клиента

Я проинформирован(а) в письменной форме о моих правах в рамках программы EISEP и/или CSE. Сюда входят все имеющиеся у меня права на запрос слушания и право на оспаривание суммы моей доли участия в оплате, определенной Местным агентством по делам пожилых людей.

H. Принятие плана медицинского обслуживания/схемы участия в оплате

Я проинформирован(а) о моем плане медицинского обслуживания и схеме участия в оплате.

Я принимаю план медицинского обслуживания и схему участия в оплате

☐ Да ☐ Нет (поясните)

_____ / _____

Подпись клиента/представителя **Дата**

_____ / _____

Подпись клиента/представителя **Дата**

Подтверждение координатора обслуживания

Я, _____, координатор обслуживания для _____, подтверждаю, что информация, содержащаяся в настоящем документе, соответствует информации, предоставленной клиентом.

Подпись: _____ **Дата:** _____

Имя и фамилия (печатными буквами): _____

Телефон: _____

Электронная почта: _____