



Заявление о включении в программу ухода на дому

Имя заявителя: _____ Дата рождения: _____

Супруг (а): _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____ Город: _____

Доход (Не заполняйте раздел о доходе если вы являетесь клиентом программы MassHealth)	Заявитель		Супруг (а)	
	В месяц	В год	В месяц	В год
a. Номер социального обеспечения				
Medicare/Раздел B				
b. Арендная плата (по ведомости арендной платы)				
c. Проценты на капитал				
d. Дивиденды/ежегодная рента				
e. Пенсии:				
f. Другое:				
g. Другое:				
Промежуточная сумма за месяц		x 12 =		x 12 =
Итого в год				
h. ИТОГО				

Прочтите нижеследующие утверждения и поставьте подпись, если вы с ними согласны:

- Насколько я знаю и могу судить, предоставленная выше информация является верной.
- Если я буду соответствовать критериям участия в программе, я согласен (согласна) ежемесячно доплачивать за предоставленные услуги сумму в размере не более _____.
- Если я не внесу сумму ежемесячной доплаты, я потеряю возможность пользоваться предоставляемыми услугами.
- Я понимаю, что с каждым годом сумма ежемесячной доплаты может увеличиваться. Об увеличении суммы доплаты мне сообщат не менее чем за 30 дней до повышения размера оплаты.

Подписи:

Заявитель: _____ Дата: _____

Супруг (а): _____ Дата: _____

Свидетель/представитель: _____ Дата: _____

Менеджер по делу (CM)/дипломированная медсестра (RN): _____ Дата: _____

Дата решения: _____

Дата уведомления: _____

Финансовые учреждения		
Название	Адрес	Сумма
		\$
		\$
		\$

Примечания: _____

ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ПУНКТОМ ASAP (FOR ASAP USE)

Financial

☐ 1. Voluntary/nonMedicaid

☐ 2. Cost sharing/fixed

☐ 3. Cost sharing/utilization

☐ 4. Respite/over income

☐ 5. Over income

AGE:

FIL:

NEED:

Applicant

☐ Eligible

☐ Ineligible

☐ Eligible

☐ Ineligible

☐ Eligible

☐ Ineligible

Spouse

☐ Eligible

☐ Ineligible

☐ Eligible

☐ Ineligible

☐ Eligible

☐ Ineligible

Comments: _____
