



Заявление о включении в программу ухода на дому для участников MassHealth

Имя заявителя	Дата рождения	
Супруг (а)	Дата рождения	
Адрес	Город	
Номер карточки MassHealth # ____ - ____ - ____ - ____	Порядковый номер	
Идентификационный номер MassHealth # (RID) ____ - ____ - ____ - ____	Отказ супруга? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Превышение уровня расходов (Spenddown)? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

Подписи:

Заявитель: _____ Дата: _____

Супруг (а): _____ Дата: _____

Свидетель/Представитель: _____ Дата: _____

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

Дата решения: _____ Дата уведомления: _____

ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ПУНКТОМ ASAP (FOR ASAP)

1. Eligibility

AGE:

Applicant

- ☐ Eligible
☐ Ineligible

Spouse

- ☐ Eligible
☐ Ineligible

FIL:

- ☐ Eligible
☐ Ineligible

- ☐ Eligible
☐ Ineligible

NEED:

- ☐ Eligible
☐ Ineligible

- ☐ Eligible
☐ Ineligible

2. Annual Redeterminations

Dates:

Signatures:

