**WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

Division of Public Health

F-00533R (02/2024)

**РЕГИСТРАЦИЯ В ПРОГРАММЕ PARTNERSHIP (ПАРТНЕРСТВО)**

**ИНСТРУКЦИИ И ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**(PARTNERSHIP PROGRAM ENROLLMENT INSTRUCTIONS AND IMPORTANT INFORMATION)**

Заполнение этой формы является добровольным. Однако, эта форма должна быть заполнена, если Вы желаете зарегистрироваться в программе Partnership (Партнерство). Если вы хотите подать заявку на участие в программе Partnership (Партнерство), вы должны обратиться   
в местный Aging and Disability Resource Center (ADRC) - (ресурсный центр по проблемам старения и инвалидности) или, если вы являетесь членом племени, вы также можете обратиться к вашему Tribal Aging and Disability Resource Specialist (ADRS) - (специалисту по ресурсам старения и инвалидности племени). Контактная информация местных центров ADRC и ADRS племени можно найти на веб-сайте [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm)

**КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭТУ ФОРМУ**

1. Перед подписанием формы прочтите раздел Важная информация и все инструкции.   
   Если Вам нужна информация на другом языке или в другом формате, пожалуйста, обратитесь в Ваш местный центр ADRC или ADRS племени.
2. Только физическое лицо, его или ее законный опекун, опекун или действующее по доверенности лицо могут подписать эту форму.

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

* Подписание этой формы не гарантирует Ваше право на участие в программе Partnership (Партнерство).
* Если Вы имеете право на участие, Вы сможете выбрать из доступных в Вашем районе программ Partnership (Партнерство).
* После подписания этой формы Вы можете принять решение не регистрироваться в программе.
* Регистрация в программе Partnership (Партнерство) является добровольной и Вы можете выйти из плана в любое время, однако Ваши льготы по программе Medicare останутся с планом до тех пор, пока Вы не будете иметь право на изменение Вашего плана Medicare.
* Изменения в Вашем состоянии здоровья и финансовом положении могут повлиять на   
  Ваше право участия в программе Partnership (Партнерство). При возникновении таких изменений обсудите это с Вашей Partnership Organization (Организация Партнерства) (PO) или менеджером по медицинскому обслуживанию Вашего племени, если это применимо.

**ПОДПИСАНИЕ ДАННОЙ ФОРМЫ**

Я понимаю, что моя подпись (или подпись моего законного опекуна, попечителя или лица, действующего по доверенности) на этой форме означает, что я прочитал(а) и понял(а) содержание этой формы, включая информацию о дате регистрации и обеспечении выбора ниже. Я подтверждаю, что все мои ответы являются полными, насколько мне известно. Я понимаю, что, если я намеренно скрываю информацию или предоставляю ложную информацию в этой форме, меня могут исключить из программы. Я понимаю, что моя подпись разрешает центру ADRC или ADRS племени разгласить мою информацию нижеследующим агентствам:

* Managed Care Organization (Организации медицинского обслуживания) (MCO)
* Другому центру ADRC или ADRS племени
* Агентству Income Maintenance (по поддержанию доходов)
* Племени, к которому я принадлежу, если предоставлено
* Medicaid
* Medicare
* Поставщикам услуг и их уполномоченным представителям в целях обеспечения моих медицинских услуг.

**ЗАПРОШЕННАЯ ДАТА РЕГИСТРАЦИИ**

Вы можете выбрать дату, с которой Вы желаете зарегистрироваться в программе.   
Однако регистрация не может произойти до даты:

* получения центром ADRC или ADRS племени данной подписанной формы.
* Вашего соответствия всем функциональным и финансовым требованиям на право участия.

**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВЫБОРА**

Основная цель программы Partnership (Партнерства) заключается в помощи в получении Вами услуг, необходимых для проживания по возможности в собственном доме или сообществе.

**ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

В соответствии с законодательством штата Висконсин Wis. Stat. § 49.45(4), Ваша информация, позволяющая установить личность, сохраняется конфиденциальной и используется только для непосредственного управления программой Partnership (Партнерство).

**ИНФОРМАЦИЯ О ПРОГРАММЕ PARTNERSHIP (ПАРТНЕРСТВО)**

Partnership (Партнерство) является программой медицинского обслуживания программ Medicaid и Medicare штата Wisconsin, и к ней применимы определенные требования на право участия. Если вы зарегистрированы в Medicare и хотите зарегистрироваться в Partnership (Партнерство), вы должны зарегистрироваться в плане Partnership (Партнерство) Medicare.

Если Вы в настоящее время зарегистрированы в программе Medicare, Ваш текущий план продолжит предоставлять Вам услуги программы Medicare до тех пор, пока Вы не получите право зарегистрироваться в плане Partnership (Партнерство) Medicare.

Для регистрации в программе Partnership (Партнерство) Вы должны проживать в районе обслуживания организацией Partnership (Партнерство), должны быть не моложе 18 лет   
на месяц регистрации, требовать ухода уровня дома для престарелых и иметь право на программу Medicaid.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ**

**Раздел I**

* «Округ постоянного проживания» (County of Residence) означает округ, в котором Вы фактически проживаете.
* «Ответственный округ» (County of Responsibility) означает округ, ответственный за предоставление психиатрических и других услуг.
* «Улица и номер дома постоянного проживания» (Permanent Street Address) означает адрес места Вашего фактического проживания.

**Раздел II**

Этот раздел будет заполняться, если Вы имеете законного опекуна, попечителя или лицо, действующее по доверенности, или уполномоченного представителя программы Medicaid.

**Раздел III**

Пожалуйста, предоставьте для неотложных ситуаций контактную информацию друга или родственника, с которым мы можем связаться при неотложной ситуации.

**Раздел IV**

Этот раздел будет заполнен при необходимости.

**Раздел V**

Этот раздел будет заполнен, если Вы желаете, чтобы любой применимый взнос за план Medicare Часть D (Medicare с преимущественным покрытием) автоматически вычитался   
из Вашего Social Security (чека выплаты пособия по социальному страхованию).

**Раздел VI**

Требуется Ваша подпись или подпись законного опекуна, попечителя или лица, действующего по доверенности. Если Вы подписываетесь пометкой, требуются две подписи свидетелей. Если Вы физически не можете подписаться, Вы можете поручить взрослому подписать форму в присутствии двух свидетелей. Человек, который подписывается от вашего имени, должен указать, что он подписывается по указанию заявителя.

ADRC или ADRS племени должен сохранять оригинал подписанной формы о регистрации или электронную скан-копию подписанной формы в течение 10 лет на тот случай, если документы будут запрашиваться.

**ПРОГРАММА PARTNERSHIP (ПАРТНЕРСТВО) - РЕГИСТРАЦИЯ**

**CIP**

**ИНСТРУКЦИИ**: Прочитайте все инструкции перед подписанием этой формы.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **РАЗДЕЛ I – ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя члена (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата рождения | | | | |
| Текущее семейное положение (отметить только одну клетку)  Не женат/ не замужем    Женат/ замужем   Вдовец/ вдова | | | | | | | | | | | Если в настоящее время состоите в браке, полное имя супруга/супруги (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес | | | | | | | Город | | | | | | | | | | | | | Штат | | | | | Почтовый индекс | | | |
| Номер телефона | | | Округ постоянного проживания | | | | | | | | | | | | | | | | | Ответственный округ | | | | | | | | |
| Американский индеец/уроженец Аляски  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | Принадлежность к Американским индейцам/уроженцам Аляски | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес электронной почты | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Улица и номер дома постоянного проживания (если отличаются от указанных выше) | | | | | | | | Город | | | | | | | | | | | | Штат | | | | | Почтовый индекс | | | |
| Название учреждения - отметьте тип:  NH  ICF-IID  CBRF  AFH  RCAC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата поступления в NH или ICF-IID | | | | | | | | |
| Улица и номер дома учреждения (если отличаются от указанных выше) | | | | | | | | | Город | | | | | | | | | | | Штат | | | | | | Почтовый индекс | | |
| **РАЗДЕЛ II – АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ЛИЦО, УПОЛНОМОЧЕННОЕ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас законный опекун?  Да  Нет  Тип:  Опекун лица  Опекун наследственного имущества   Опекун лица и наследственного имущества | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя опекуна (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | | | | | Округ постоянного проживания | | | | | | |
| Почтовый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас другой законный опекун?  Да  Нет  Тип:  Опекун лица  Опекун наследственного имущества   Опекун лица и наследственного имущества | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя опекуна (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | | | | | Округ постоянного проживания | | | | | | |
| Почтовый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имеется ли у Вас действующая Power of Attorney for Finance and Property (доверенность для финансов и собственности) (POAF)?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя POAF (имя, второй инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | | | | | Округ постоянного проживания | | | | | | |
| Почтовый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имеется ли у Вас действующая Power of Attorney for Health Care- (доверенность для здравоохранения) (POAHC)?  Да — Дата вступления в силу:        Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя POAHC (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | | | | | Округ постоянного проживания | | | | | | |
| Почтовый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас попечитель?  Да — Дата назначения попечителя        Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя попечителя (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | | | | | Округ постоянного проживания | | | | | | |
| Почтовый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас уполномоченный представитель программы Medicaid в качестве назначенного лица в форме Департамента социального обеспечения (DHS) [F-10126A](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126a.pdf) или [F-10126B](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf)?  Да—Дата:        Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя уполномоченного представителя программы Medicaid  (имя, средний инициал, фамилия) | | | | | | | | | | | | Номер телефона | | | | | | | | | | Округ постоянного проживания | | | | | | |
| Почтовый адрес (улица, город, штат, почтовый индекс) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **РАЗДЕЛ III – ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Укажите имя друга или родственника, с которыми мы можем связаться при неотложной ситуации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное имя контактного лица (имя, средний инициал, фамилия) | | | | Номер телефона днём | | | | | | | | | | | Номер телефона вечером | | | | | | | | | Степень родства  с Вами | | | | |
| **РАЗДЕЛ IV – ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАНИИ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас в настоящее время медицинское страхование, такое как медицинское страхование, предоставляемое работодателем, частное страхование, льготы Управления по делам ветеранов (VA), TRICARE или медицинское страхование федерального работника?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Название и адрес страховой компании | | | | | | | | | | | | | | | | | | Полис или идентификационный номер | | | | | | | | | | |
| Номер группы | | | | | | | | | | |
| Есть ли у Вас в настоящее время страховое покрытие рецептурных лекарственных средств?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Название страхового покрытия | | | | | | | | | | Полис или идентификационный номер | | | | | | | | | | | | | | | | | Номер группы | |
| Получаете ли Вы пособия Social Security (системы социального страхования)?   Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Получаете ли Вы пособие Railroad Retirement Board (RRB) - (Совета по пенсионному обеспечению железнодорожников)?  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Если Вы имеете право на программу Medicare**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Имеет право на: | | | | | | | | | |
| Полное имя бенефициара (имя, второй инициал, фамилия): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата вступления в силу: (месяц/день/год) | | | | | | | | | |
| Medicare Beneficiary Identifier (Идентификатор бенефициара программы Medicare) (MBI): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **СТРАХОВАНИЕ БОЛЬНИЧНЫХ РАСХОДОВ (ЧАСТЬ A)** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ (ЧАСТЬ B)** | | | | | | | | | |
| **Пожалуйста, прочтите эту важную информацию** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Если Вы в настоящее время имеете медицинское страхование от работодателя или профсоюза, то регистрация в программе Partnership (Партнерство) может повлиять на льготы, получаемые по страхованию от работодателя или профсоюза. Вы можете лишиться медицинского страхования от работодателя или профсоюза, если Вы зарегистрируетесь в программе Partnership (Партнерство).** Прочтите сообщения, направленные Вам работодателем или профсоюзом. При наличии вопросов посетите их веб-сайт или обратитесь в офис, указанный в их сообщениях. Если Вы не знаете к кому обратиться, Вам могут помочь Ваш администратор льгот или офис, отвечающий на вопросы касательно Вашего страхования. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **РАЗДЕЛ V – ВЗНОС ЗА MEDICARE ЧАСТЬ D - ПЛАН ПОКРЫТИЯ РЕЦЕПТУРНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Большинство людей имеют право на дополнительную помощь программы Medicare для покрытия стоимости рецептурных лекарственных средств. Программа Medicare может покрывать всю или часть стоимости взносов в Ваш план. Если это применимо, месячный взнос за этот план Medicare Advantage plan (Medicare с преимущественным покрытием) будет автоматически вычитаться из Вашего Social Security (чека выплаты пособия по социальному страхованию). Если Вы не выбрали этот вариант, план Partnership (Партнерство) будет ежемесячно присылать Вам счет, который Вы можете оплатить по почте или electronic funds transfer (переводом денежных средств в безналичном порядке) (EFT).  Я желаю, чтобы взнос в этот план вычитался из моего месячного чека от Social Security Administration (Администрации социального обеспечения) (SSA):  Да  Нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **РАЗДЕЛ VI – ВЫБОР РЕГИСТРАЦИИ И ПОДПИСЬ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Прочтите и подпишите ниже** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Запрошенная дата регистрации в программе Medicaid: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Выбранный план Partnership (Партнерство):  My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.  Community Care Health Plan, Inc.  Independent Care Health Plan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Заполнив это заявление на регистрацию я соглашаюсь со следующим:**  План Partnership (Партнерство) является планом Medicare Advantage plan (план Medicare  с преимущественным покрытием) и имеет контракт с федеральным правительством.  Я могу быть зарегистрирован (зарегистрирована) только в одном плане Medicare Advantage (Medicare с преимущественным покрытием) в одно время и понимаю, что моя регистрация  в этом плане автоматически прекратит мою регистрацию в другом плане медицинского обслуживания Medicare или плане покрытия рецептурных лекарственных средств. Я буду продолжать получать услуги программы Medicare от моего текущего плана Medicare до  тех пор, пока я не буду иметь право менять планы Medicare. Регистрация в плане Medicare обычно действует в течение целого года. После регистрации я могу выйти из плана Medicare или сделать изменения только в определенные периоды времени в течение года, когда действует период регистрации (например, 15 октября – 7 декабря каждого года), или  при некоторых специальных условиях. Я обязан(а) информировать ADRC или ADRS племени о моем страховом покрытии во время регистрации и информировать организацию PO в любое время в будущем о любом страховом покрытии рецептурных препаратов, которое у меня есть или которое я могу получить в будущем. Выбранный план обслуживает определенный район. Если я выеду из района обслуживания выбранного плана, я должен (должна) уведомить об этом план с тем, чтобы выйти из плана и найти новый план в моем новом районе. Будучи членом выбранного плана я имею право обжаловать решения плана касательно оплаты или услуг, с которыми я не согласен/согласна. Я прочту документ Partnership Evidence of Coverage («Границы страховой ответственности плана Partnership (Партнерство)») и договор о регистрации при их получении, чтобы ознакомиться с правилами, которые я должен (должна) выполнять для получения страхового покрытия по этому плану Medicare Advantage (Medicare с преимущественным покрытием) или Medicare.  Я понимаю, что лица в программе Medicare обычно не покрыты страхованием программы Medicare находясь за пределами страны, за исключением ограниченного страхового покрытия вблизи границы США. Я понимаю, что начиная с даты начала действия  страхового покрытия выбранного плана, я должен (должна) получать все свое медицинское обслуживание по выбранному плану, за исключением неотложных или срочно необходимых услуг, или услуг диализа за пределами района обслуживания плана. Страхованием будут покрыты услуги, разрешенные выбранным планом, и другие услуги, указанные в документах моего выбранного плана Partnership Evidence of Coverage («Границы страховой ответственности плана Partnership (Партнерство)») и договоре о регистрации.  **БЕЗ РАЗРЕШЕНИЯ НИ MEDICARE, НИ ВЫБРАННЫЙ ПЛАН НЕ БУДУТ ОПЛАЧИВАТЬ УСЛУГИ.**  **Разрешение на передачу информации.** Вступая в этот план медицинского страхования Medicare я подтверждаю, что выбранный план будет передавать мою информацию программе Medicare и другим планам при необходимости этого для лечения, оплаты и работы организаций здравоохранения. Я также подтверждаю, что выбранный план передаст мою информацию, включая данные о моих рецептурных препаратах, программе Medicare, которая может предоставить ее для исследовательских и других целей, которые соответствуют всем применимым федеральным законам и правилам. Информация в данной форме регистрации является правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что, если я намеренно предоставляю ложную информацию в этой форме, я буду исключен (исключена) из плана. Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, уполномоченного действовать от моего имени в соответствии с законами штата, в котором я живу) на этом заявлении означает, что я прочитал (прочитала) и понял (поняла) содержание этого заявления. Если заявление подписано уполномоченным лицом (как описано выше), эта подпись подтверждает, что (1) это лицо уполномочено в соответствии с законодательством штата выполнить эту регистрацию и (2) документация об этих полномочиях доступна по запросу выбранного плана или программы Medicare.  Я, нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся), настоящим заявляю о своем намерении  и настоящим согласен (согласна) зарегистрироваться в указанной выше программе Partnership (Партнерство).  Я понимаю, что начальная дата моей регистрации в Medicaid будет       и моя регистрация в программе Medicare начнется первого числа месяца, следующего за месяцем подачи этой формы, если я имею право на Special Election Period (срециальный период выбора). Я буду продолжать получать услуги программы Medicare от моего текущего плана до тех пор, пока я не буду иметь право зарегистрироваться в выбранном выше плане Partnership (Партнерство). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Я, нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся), настоящим заявляю о своем намерении и настоящим согласен (согласна) зарегистрироваться в указанной выше программе Partnership (Партнерство).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ –** Лицо | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ –** Легальный опекун, Доверительный управляющий, или Поверенный (при действующей нотариальной доверенности) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ –** Легальный опекун, Доверительный управляющий, или Поверенный (при действующей нотариальной доверенности) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ** – Свидетель (Если необходимо) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата подписания | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Для использования только офисом ADRC или ADRS племени** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRC или племя: | | | | | | | | | | | | | | Округ: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Сотрудник ADRC или ADRS племени: | | | | | | | | | | | | | | | | | | Номер телефона: | | | | | | | | | | | | |
| Адрес электронной почты: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Информация о дате регистрации:  Фактическая дата регистрации:  Ожидаемая дата регистрации: срочные услуги  Дата регистрации на рассмотрении: соглашение о предварительном разрешении  Дата регистрации на рассмотрении: перевод  в другое агентство при переезде. | | | | | | | | | | | | | | | | Программа:  Partnership (Партнерство) | | | | | | | | | | | Подтвердите дату окончания обслуживания HMO, если это применимо: | | | |
| Статус регистрации в FHiC:  Дата регистрации в FHiC  Дата регистрации не указана в FHiC в ожидании регистрации в системе MA или IRIS.  PO не обновляет LTCFS до подтверждения регистрации в FHiC. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Участник программы Medicaid   Да  Нет  Идентификационный номер программы Medicaid:  Язык уведомления для CARES:  Английский  Испанский | | | | | Уровень ухода  Проверьте назначенный NH LOC в левом столбце, а затем проверьте соответствующий нарушению развития (DD) LOC в правом столбце. Должны быть отмечены максимум два поля.   |  |  | | --- | --- | | Выберите 1 | Выберите 1 | | NH-ISN  NH-SNF  NH-ICF | DD1A  DD1B  DD2  DD3  NDD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Целевая группа:  FE  ID/DD  PD | | |
| Лицо в настоящее время зарегистрировано в программе Children’s Waiver (Программа долгосрочной поддержки детей) (CLTS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя - Сотрудник программы CLTS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Округ | | | | | | | | | |
| Номер телефона | | Адрес электронной почты | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Для использования только офисом Partnership (Партнерство)**  Идентификационный номер плана: | | | | | | | | | | | | | Имя и фамилия штатного работника (если он помогал при регистрации) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Период выбора Medicare:  ICEP или IEP  OEPI  AEP  SEP (Tип): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фактическая дата покрытия Medicare | | | | | | Номер поставщика услуг Medicaid | | | | | | | | | | | Фактическая дата регистрации Medicaid | | | | | | | | | | | | | |
| Распространение заполненной формы: | Лицо, Опекун, Доверительный управляющий или поверенный  Выбранная организация Partnership (Партнерство)  Income Maintenance (Поддержание доходов), если применимо  Племя, если применимо  Сотрудник CLTS, если применимо | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |