**WISCONSIN DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**

Division of Public Health

F-00533SE (02/2024)

**UPIS U PROGRAM PARTNERSHIP (PARTNERSTVO)**

**UPUTSTVA I VAŽNE INFORMACIJE**

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

Popunjavanje ovog obrasca je dobrovoljno; međutim, ovaj obrazac morate popuniti ako ste zainteresirani za upis u program Partnership (Partnerstvo). Ako se želite prijaviti za program Partnership (Partnerstvo), morate kontaktirati svoj lokalni Aging and Disability Resource Center (centar za resurse za starenje I invalidnost) (ADRC) ili ako ste član plemena, također možete kontaktirati svog plemenskog Aging and Disability Resource Specialist (resursnog specijalistu za starenje i invaliditet) (ADRS). Kontakt informacije za lokalne ADRC-ove ili plemenski ADRS možete pronaći na [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm](https://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer/index.htm)

**KAKO KORISTITI OVAJ OBRAZAC**

1. Prije potpisivanja obrasca pročitajte odjeljak Važne informacije i sva uputstva. Obratite se svom lokalnom ADRC-u ili ADRS-u plemena ako su vam potrebne informacije na drugom jeziku ili   
   u drugom formatu.
2. Samo pojedinac, zakonski staratelj, skrbnik ili aktivirani opunomoćenik mogu potpisati ovaj obrazac.

**VAŽNE INFORMACIJE**

* Potpisivanje ovog obrasca ne garantuje da ćete ispunjavati uslove za program Partnership (Partnerstvo).
* Ako ispunjavate uslove moći ćete odabrati između programa Partnership (Partnerstvo) koji su dostupni u vašem području.
* Nakon potpisivanja ovog obrasca možete da odlučite da se ne upišete.
* Upis u program Partnership (Partnerstvo) je dobrovoljan i možete se ispisati u bilo kojem trenutku, međutim vaše Medicare beneficije ostaju dio tog plana dok ne ispunite uslove za promjenu svog Medicare plana.
* Promjene vaše zdravstvene ili finansijske situacije mogu uticati na vašu podobnost za program Partnership (Partnerstvo). U slučaju takve promjene, razgovarajte sa upraviteljem njege iz Partnership Organization (organizacija partnerstva, PO) ili upraviteljem plemenske njege, ako je to primjenljivo.

**POTPISIVANJE OVOG OBRASCA**

Razumijem da moj potpis (ili potpis mog zakonskog staratelja, skrbnika ili opunomoćenika) na ovom obrascu znači da sam pročitao/la i razumijem sadržaj ovog obrasca, uključujući informacije o datumu upisivanja i izabranom osiguranju. Potvrđujem da su svi moji odgovori prema mom najboljem saznanju potpuni. Razumijem da mogu biti ispisan/na iz programa ako namjerno sakrijem informacije ili navedem lažne informacije u ovom obrascu. Razumijem da svojim potpisom dajem odobrenje ADRC-u ili ADRS-u plemena da proslijedi moje informacije:

* Managed Care Organization (Organizaciji upravljane njege)
* Drugom ADRC-u ili ADRS-u plemena
* Agencijama za Income Maintenance (održavanje prihoda)
* Pripadajućem plemenu, ako je navedeno
* Medicaid
* Medicare
* Pružaocima usluga i njihovim ovlaštenim predstavnicima radi pružanja njege.

**TRAŽENI DATUM UPISA**

Možete odabrati datum kada se želite upisati u program. Međutim, upis ne može početi prije datuma:

* Kada ADRC ili ADRS plemena primi ovaj potpisani obrazac.
* Kada ispunite sve funkcionalne i finansijske uslove.

**ODABRANO OSIGURANJE**

Osnovna svrha programa Partnership (Partnerstvo) jeste pomoći vam da dobijete usluge koje vam trebaju kako biste živjeli u vlastitom domu ili zajednici kad god je to moguće.

**LIČNI PODACI**

Prema zakonu države Viskonsin Stat. § 49.45(4), vaše lične informacije koje vas mogu identificirati se čuvaju u povjerljivosti i koriste se samo za primjenu programa Partnership (Partnerstvo).

**INFORMACIJE U VEZI SA PROGRAMOM PARTNERSHIP (PARTNERSTVO)**

Program Partnership (Partnerstvo) je program njege kojima upravljaju Wisconsin Medicaid i Medicare i na njih se odnose određeni zahtjevi o ispunjavanju uslova. Ako ste upisani u Medicare i želite se upisati u program Partnership (Partnerstvo), morate se upisati u program Partnership (Partnerstvo) Medicare plana.

Ako ste trenutno upisani u program Medicare, vaš trenutni plan će vam nastaviti pružati Medicare beneficije dok ne ispunite uslove za upis u program Partnership (Partnerstvo) iz Medicare plana.

Da se upišete u program Partnership (Partnerstvo), morate živjeti u području gdje organizacija pruža usluge iz programa Partnership (Partnerstvo), imati najmanje 18 godina u mjesecu upisa, zahtijevati usluge koje pruža starački dom i ispunjavati uslove za program Medicaid.

**DODATNA UPUTSTVA**

**Odjeljak I**

* „Okrug prebivališta” znači okrug u kojem živite.
* „Okrug odgovornosti” znači okrug koji ima odgovornost pružanja usluga zaštite mentalnog zdravlja ili drugih usluga.
* „Stalna adresa” znači adresa prebivališta na kojoj živite.

**Odjeljak II**

Ovaj odjeljak se popunjava ako imate zakonskog staratelja, skrbnika, opunomoćenika ili ovlaštenog predstavnika za Medicaid.

**Odjeljak III**

Navedite kontakt informacije prijatelja ili rođaka s kojim možemo kontaktirati u hitnom slučaju.

**Odjeljak IV**

Ovaj odjeljak se popunjava ako je primjenjivo.

**Odjeljak V**

Ovaj odjeljak se popunjava ako želite da se bilo koji primjenjivi premijski plan za lijekove Medicare Dio D automatski odbije od vašeg Social Security (socijalnog osiguranja).

**Odjeljak VI**

Potreban je vaš potpis ili potpis vašeg zakonskog staratelja, skrbnika ili aktiviranog opunomoćenika. Ako se potpišete oznakom, potrebna su dva potpisa svjedoka. Ako fizički niste u mogućnosti da potpišete, možete uputiti odraslu osobu da potpiše obrazac pred dva svjedoka. Osoba koja potpisuje u vaše ime treba naznačiti da potpisuje po uputstvu podnosioca zahtjeva.

ADRC ili ADRS plemena mora čuvati obrazac upisa za iščlanjenje sa originalnim potpisom ili elektronski skenirani primjerak potpisanog obrasca, deset godina za slučaj zahtjeva za uvid u evidenciju.

**PROGRAM PARTNERSHIP (PARTNERSTVO) - UPIS**

**CIP**

**UPUTSTVA**: Pročitajte sva uputsva prije potpisivanja ovog obrasca.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ODJELJAK I – LIČNI PODACI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum rođenja (ime i prezime) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Datum rođenja | |
| Trenutni bračni status (označite samo jedno polje)  Neoženjen/neudata  Oženjen/udata  Udovac/udovica | | | | | | | | | | | | | | Ako ste trenutno u braku, navedite ime supružnika (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | | |
| Poštanska adresa | | | | | | | Grad | | | | | | | | | | | | Država | | | | | | | Poštanski broj | |
| Broj telefona | | | Okrug prebivališta | | | | | | | | | | | | | | | | Okrug nadležnosti | | | | | | | | |
| Američki Indijanac / Aljaški domorodac  Da  Ne | | | | | | | | | | | Pripadnik američkih Indijanaca/Aljaških domorodaca | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresa e-pošte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stalna adresa (ako se razlikuje od gore navedene) | | | | | | | | Grad | | | | | | | | | | | Država | | | | | | | Poštanski broj | |
| Naziv ustanove—Označiti tip:  NH  ICF-IID  CBRF  AFH  RCAC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Datum prijema u NH ili ICF-IID | | | | | | | | |
| Adresa ustanove (ako se razlikuje od gore navedene) | | | | | | | | | Grad | | | | | | | | | | Država | | | | | | | Poštanski broj | |
| **ODJELJAK II – DRUGA OSOBA KOJA VRŠI UPIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li zakonskog staratelja?  Da  Ne  Vrsta:  Staratelj osobe  Staratelj imovine  Staratelj osobe i imovine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime staratelja (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | | | Okrug prebivališta | | | | | |
| Poštanska adresa (ulica, grad, država, poštanski broj) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li drugog zakonskog staratelja?  Da  Ne  Vrsta:  Staratelj osobe  Staratelj imovine  Staratelj osobe i imovine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime staratelja (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | | | Okrug prebivališta | | | | | |
| Poštanska adresa (ulica, grad, država, poštanski broj) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li aktiviranog Power of Attorney for Finance and Property (opunomoćenika za finansije i imovinu) (POAF)?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime POAF (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | | | Okrug prebivališta | | | | | |
| Poštanska adresa (ulica, grad, država, poštanski broj) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li aktiviranog Power of Attorney for Health Care (opunomoćenika za zdravstvenu njegu) (POAHC)?  Da – Datum aktiviranja:        Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime POAHC (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | | | Okrug prebivališta | | | | | |
| Poštanska adresa (ulica, grad, država, poštanski broj) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li skrbnika?  Da – Datum naručivanja skrbnika        Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime skrbnika (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | | | Okrug prebivališta | | | | | |
| Poštanska adresa (ulica, grad, država, poštanski broj) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imate li ovlaštenog predstavnika za Medicaid koji je naznačen na DHS obrascu [F-10126A](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126a.pdf)  ili [F-10126B](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f10126b.pdf)?  Da – Datum:        Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime ovlaštenog predstavnika za Medicaid (ime, srednje ime, prezime) | | | | | | | | | | | | | | Broj telefona | | | | | | | | Okrug prebivališta | | | | | |
| Poštanska adresa (ulica, grad, država, poštanski broj) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ODJELJAK III – DODATNE KONTAKT INFORMACIJE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navedite ime prijatelja ili rođaka s kojim možemo kontaktirati u hitnom slučaju. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime kontakt osobe (ime, srednje ime, prezime) | | | | Broj telefona tokom radnog vremena | | | | | | | | | | | Broj telefona izvan radnog vremena | | | | | | | | | | | Odnos s vama | |
| **ODJELJAK IV – INFORMACIJE O OSIGURANJU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Da li trenutno imate medicinsko/zdravstveno osiguranje kao što je zdravstveno osiguranje koje pruža poslodavac, privatno osiguranje, VA pogodnosti, TRICARE ili savezno zdravstveno osiguranje za zaposlene?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime i adresa osiguravajućeg društva | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Polisa ili identifikacijski broj | | | | | | |
| Broj grupe | | | | | | |
| Da li trenutno imate osiguranje za lijekove na recept?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Naziv osiguranja | | | | | | | | | | Polisa ili identifikacijski broj | | | | | | | | | | | | | Broj grupe | | | | |
| Primate li beneficije Social Security (socijalnog osiguranja)?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primate li osiguranje Railroad Retirement Board (Odbor za penzije radnika željeznice – RRB)?  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ako ispunjavate uslove za Medicare**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | Imate pravo na: | | | | | | | | | |
| Ime korisnika (ime, srednje ime, prezime): | | | | | | | | | | | | | | | | | | Datum stupanja na snagu: (mm/dd/gggg) | | | | | | | | | |
| Medicare Beneficiary Identifier (Identifikator korisnika programa Medicare) (MBI): | | | | | | | | | | | | | | | | | | **BOLNICA (DIO A)** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | **LIJEČENJE (DIO B)** | | | | | | | | | |
| **Pročitajte ove važne informacije** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ako trenutno imate zdravstveno osiguranje kod poslodavca ili sindikata, pridruživanje programu Partnership (Partnerstvo) može uticati na zdravstvene beneficije koje primate od poslodavca ili sindikata. Ako se pridružite programu Partnership (Partnerstvo) možete izgubiti zdravstveno osiguranje kod poslodavca ili sindikata.** Pročitajte dopise koje vam pošalje poslodavac ili sindikat. Ako imate pitanja, posjetite njihovu web stranicu ili se obratite kancelariji navedenoj na njihovim dopisima. Ako ne znate kome da se obratite, pomoć vam može pružiti upravitelj beneficija ili kancelarija koja odgovara na pitanja u vezi s vašim osiguranjem. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ODJELJAK V – PREMIJA PLANA ZA LIJEKOVE NA RECEPT IZ PROGRMAA MEDICARE DIO D** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Većina ispunjava uslove za dodatnu pomoć pomoću osiguranja za troškove lijekova na recept  iz programa Medicare. Medicare može pokrivati sve ili samo dio premije vašeg plana. Ako  je moguće, mjesečna premija za ovaj Medicare Advantage plan automatski se može odbiti  od vašeg čeka Social Security (socijalnog osiguranja). Ako ne odaberete ovu opciju, plan Partnership (Partnerstvo) će vam svaki mjeseci slati račun koji možete platiti poštom ili  electronic funds transfer (elektronskim transferom, EFT).  Želim da se premija za ovaj plan odbija od čeka mjesečnih beneficija kojeg šalje Social Security Administration (Uprava socijalnog osiguranja) (SSA):  Da  Ne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ODJELJAK VI – ODABIR UPISA I POTPIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pročitajte i potpišite se ispod** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Traženi datum upisivanja u Medicaid: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Odabrani plan Partnership (Partnerstva):  My Choice Wisconsin Health Plan, Inc.  Community Care Health Plan, Inc.  Independent Care Health Plan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Popunjavanjem ove prijave za upis slažem se sa sljedećim:**  Plan Partnership (Partnerstvo) je dio plana Medicare Advantage i ima ugovor sa saveznom vladom. Istovremeno mogu biti upisan/na samo u jedan plan Medicare Advantage te razumijem  da upisom u ovaj plan automatski se ispisujem iz drugog Medicare zdravstvenog plana ili plana osiguranja za lijekove na recept. Nastavit ću primati Medicare beneficije iz svog trenutnog Medicare plana dok ne ispunim uslove za promjenu Medicare planova. Upis u Medicare plan općenito važi za cijelu godinu. Nakon što se upišem mogu napustiti Medicare plan ili izvršiti promjene u samo određeno vrijeme u godini kada je dostupan period upisivanja (npr.: od 15. oktobra do 7. decembra svake godine) ili pod određenim posebnim okolnostima. Odgovornost je na meni da obavijestim ADRC ili Tribal ADRS o svom pokriću u trenutku upisa i da obavijestim PO u bilo kojem budućem trenutku o bilo kakvom pokriću lijekova na recept koje imam ili bih mogao/la dobiti u budućnosti. Odabrani plan je dostupan u određenom području pružanja usluge. Ako se odselim iz područja gdje odabrani plan pruža usluge, moram obavijestiti plan tako da se mogu iščlaniti i pronaći drugi plan u svom novom području. Nakon što postanem član odabranog plana imam pravo da podnesem žalbu na odluke plana u vezi s plaćanjima ili uslugama ako se ne slažem s njima. Pročitat ću dokument Partnership Evidence of Coverage (Dokaz o osiguranju programa Partnership) i Ugovor o upisivanju odabranog plana nakon što ih dobijem kako bih znao/la koja pravila moram poštovati kako bih dobio/la osiguranje kod plana Medicare Advantage ili Medicare. Razumijem da osobe koje imaju Medicare osiguranje obično nemaju Medicare osiguranje dok borave izvan zemlje osim ograničenog osiguranja blizu granice SAD-a. Razumijem da početkom datuma kada počinje odabrani plan moram dobiti svu zdravstvenu njegu od odabranog plana izuzev hitnih ili hitno potrebnih usluga ili usluga dijalize izvan područja. Usluge odobrene od strane odabranog plana i druge usluge sadržane u dokumentu Partnership Evidence of Coverage (Dokaz o osiguranju programa Partnership) i Ugovoru o upisivanju odabranog plana bit će pokrivene.  **NI MEDICARE NITI ODABRANI PLAN NEĆE PLAĆATI USLUGE BEZ ODOBRENJA.**  **Davanje informacija:** Pridruživanjem ovom Medicare planu zdravstvenog osiguranja, potvrđujem da će odabrani plan pružati moje informacije programu Medicare i drugim planovima ako je to potrebno radi liječenja, plaćanja i pružanja zdravstvene njege. Također potvrđujem da će odabrani plan davati moje informacije uključujući podatke o lijekovima na recept programu Medicare koji može pružati ove podatke radi istraživanja i u druge svrhe prema važećim saveznim statutima i odredbama. Informacije u ovom obrascu za upisivanje su prema mom najboljem saznanju tačne. Razumijem da mogu biti iščlanjen/na iz plana ako namjerno navedem lažne informacije u ovom obrascu. Razumijem da moj potpis (ili potpis osobe ovlaštene da postupa u moje ime prema zakonima države u kojoj živim) na ovoj prijavi znači da sam pročitao/la i razumio/la sadržaj ove prijave. Ako potpisuje ovlaštena osoba (kao što je navedeno gore), ovaj potpis potvrđuje da (1) ova osoba prema državnom zakonu ima ovlaštenje da izvršava ovaj upis i (2) da je dokumentacija o ovom ovlaštenju dostupna na zahtjev koji podnese odabrani plan ili Medicare.  Ja, dolje potpisana osoba, ovim putem izjavljujem svoju namjeru i ovim putem pristajem na upisivanje u gore navedeni program Partnership (Partnerstvo).  Razumijem da će datum početka upisa u program Medicaid biti       a upis u program Medicare će početi prvog dana u mjesecu nakon podnošenja ovog obrasca ako ispunjavam uslove za Special Election Period (posebni period odabira). Nastavit ću primati Medicare beneficije iz svog trenutnog plana dok ne ispunim uslove za upis u plan programa Partnership (Partnerstvo) koje sam gore odabrao/la. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ja, dolje potpisana osoba, ovim putem izjavljujem svoju namjeru i ovim putem pristajem na upisivanje u gore navedeni program Partnership (Partnerstvo).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **POTPIS –** Pojedinac | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **POTPIS –** Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **POTPIS –** Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **POTPIS** – Svjedok (ako je primjenjivo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **POTPIS** – Svjedok (ako je primjenjivo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Datum potpisa | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Samo za upotrebu od strane ADRC kancelarije ili ADRS plemenske kancelarije** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRC ili plemenski: | | | | | | | | | | | | | Okrug: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radnik ADRC-a ili radnik ADRS-a plemena: | | | | | | | | | | | | | | | | | Broj telefona: | | | | | | | | | | | | | |
| Adresa e-pošte: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podaci o datumu upisa:  Stvarni datum upisa:  Datum upisa u toku: hitne usluge  Datum upisa na čekanju: Ugovor prije objavljivanja  Datum upisa na čekanju: Premještaj u novu agenciju. | | | | | | | | | | | | | | | Program:  Partnership (Partnerstvo) | | | | | | | | | | Potvrdite datum završetka HMO-a ako je primjenjivo: | | | | | |
| Status upisa u FHiC:  Datum upisa u FHiC  Datum upisa nije u FHiC: u toku MA ili IRIS unosa u sistem. PO ne ažurira LTCFS dok se upis ne potvrdi u FHiC-u. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primatelj Medicaid-a  Da  Ne  Medicaid ID br:  Jezik za CARES obavijest:  Engleski  Španski | | | | | Nivo brige  Provjerite dodijeljeni NH LOC u lijevoj koloni, a zatim označite odgovarajući DD LOC u desnoj koloni. Maksimalno dva polja trebaju biti označena.   |  |  | | --- | --- | | Izaberite 1 | Izaberite 1 | | NH-ISN  NH-SNF  NH-ICF | DD1A  DD1B  DD2  DD3  NDD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ciljna grupa:  FE  ID/DD  PD | | | | | | |
| Pojedinac je trenutno upisan u Children's Waiver (Dječje odricanje) (CLTS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ime – CLTS radnik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Okrug | | | | | | | | | | |
| Broj telefona | | Adresa e-pošte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Samo za upotrebu od strane partnerskog ureda**  ID broj plana: | | | | | | | | | | | | Ime člana osoblja (ako je pomagao pri upisu) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Period izbora Medicare-a:  ICEP ili IEP  OEPI  AEP  SEP (Tip): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum stupanja na snagu pokrića Medicare-a | | | | | | Br. pružatelja Medicaid-a | | | | | | | | | | Stvarni datum upisa na Medicaid | | | | | | | | | | | | | | |
| Slanje ispunjenog obrasca: | Pojedincu, staratelju, skrbniku ili aktiviranom opunomoćeniku  Odabranoj partnerskoj organizaciji  Income Maintenance (Održavanje prihoda), ako je primjenjivo  Pleme, ako je primjenjivo  CLTS radnik, ako je primjenjivo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |