|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-02140CM (02/2024) | | **STATE OF WISCONSIN** | |
| **紧急服务协议**  **(URGENT SERVICES AGREEMENT)** | | |
| 填写此表格完全自愿。但是，如果您需要紧急服务，则必须填写此表格并附上您的登记表。此表格由 aging and disability resource center (老龄化和残障资源中心) (ADRC) 或部落 aging and disability resource specialist (老龄化和残障资源专家) (ADRS) 填写。  本人已申请获取管理式护理福利服务，并已知悉：   * 本人必须在身体机能和财务上同时满足适格条件才能获得服务。 * Aging and Disability Resource Center (老龄化和残障资源中心) 或部落 Aging and Disability Resource Specialist (老龄化和残障资源专家) 有权决定本人的身体机能是否满足适格条件。 * 本人的财务资格目前仍处于审查状态。 * 我已达到请求紧急服务的条件。 * 在等待关于财务资格的最后裁决期间，本人可以开始接受一些“紧急”服务。 * 若裁决判定本人的财务情况不符合资格或本人在财务方面符合资格但最终决定放弃此次机会，管理式护理机构将终止本人的服务。**本人需支付管理式护理机构开具的所有服务费用。并与其合作制定一份付款计划。**   希望 Aging and Disability Resource Center (老龄化和残障资源中心) 或部落 Aging and Disability Resource Specialist (老龄化和残障资源专家) 能够立即将本人转介至管理式护理机构接受服务，以便满足本人的紧急护理需求。 | | |
| **签名** – 申请人 | | 签名日期 |
|  | |  |
| 正楷姓名 | | |
|  | | |
| **签名 –**  法定监护人、保护人或授权委托人 | | 签名日期 |
|  | |  |
| 正楷姓名 | | |
|  | | |
| **签名** – ADRC / 部落 ADRS 授权代表 | | 签名日期 |
|  | |  |
| 正楷姓名 | | |
|  | | |
| MCO 选择  Community Care, Inc.  Inclusa, Inc.  iCare  Lakeland Care, Inc.  My Choice Wisconsin. | | |
| 此部分由 MCO 完成 | | |
| 本次请求： | | |
| 通过。登记可在此日期或之后进行：      。 | | |
| 拒绝。拒绝原因：       。 | | |
| **签名** – MCO 代表 | 签名日期 | |
|  |  | |