|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-02140R (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **СОГЛАШЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ****(URGENT SERVICES AGREEMENT)** |
| Заполнение этой формы является добровольным. Однако эта форма должна быть заполнена и приложена к вашей регистрационной форме, если вы запрашиваете неотложное обслуживание. Этот раздел заполняется Aging and disability resource center (Центром ресурсов для пожилых и инвалидов) (ADRC) или Tribal aging and disability resource specialist (Специалистом по вопросам старения и инвалидности Вашего племени) (ADRS) ю.Я подал заявление для получения медицинских услуг от организации медицинского обслуживания и понимаю, что:* Я должен соответствовать функциональным и финансовым требованиям для получения медицинских услуг.
* Aging and Disability Resource Center (ADRC) (Центр ресурсов для пожилых и инвалидов) или Tribal Aging and Disability Resource Specialist (ADRS) (специалист по вопросам старения и инвалидности племени) определили, что я соответствую функциональным требованиям для получения услуг.
* Мое соответствие финансовым требованиям в настоящее время еще находится на рассмотрении.
* Я соответствую требованиям для запроса неотложного медицинского обслуживания.
* Возможно, я смогу начать получать некоторые «неотложные» услуги, пока я ожидаю окончательного решения о соответствии финансовым требованиям.
* Если будет принято решение о том, что я не соответствую финансовым требованиям, или, если будет принято решение о том, что я соответствую финансовым требованиям, но я приму решение не регистрироваться в организации, то организация медицинского обслуживания перестанет предоставлять мне услуги. **Я буду нести ответственность за стоимость всех услуг, предоставленных мне организацией медицинского обслуживания. Я буду сотрудничать с организацией медицинского обслуживания, чтобы установить график платежей.**

Я хочу, чтобы Aging and Disability Resource Center (ADRC) (Центр ресурсов для пожилых и инвалидов) или Tribal Aging and Disability Resource Specialist (ADRS) (специалист по вопросам старения и инвалидности племени) немедленно направили меня в организацию медицинского обслуживания с тем, чтобы я мог начать получать медицинские услуги, необходимые для удовлетворения моих неотложных потребностей в медицинском обслуживании. |
| **ПОДПИСЬ** – Заявитель | Дата подписания |
|  |  |
| Имя печатными буквами |
|       |
| **ПОДПИСЬ** – Легальный опекун, Доверительный управляющий, или Поверенный (при действующей нотариальной доверенности) | Дата подписания |
|  |  |
| Имя печатными буквами |
|       |
| **ПОДПИСЬ** – ADRC/Уполномоченный представитель ADRS племени | Дата подписания |
|  |  |
| Имя печатными буквами |
|       |
| Выбранная организация медицинского обслуживания (MCO)[ ]  Community Care, Inc. [ ]  Inclusa, Inc. [ ]  iCare [ ]  Lakeland Care, Inc. [ ]  My Choice Wisconsin. |
| Этот раздел заполнен MCO |
| Запрос: |
| [ ]  Одобрен. Регистрация может произойти в эту дату или позже:       . |
| [ ]  Отклонен. Причина отказа:       . |
| **ПОДПИСЬ** — Представитель МСО | Дата подписания |
|  |  |