|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-02140SE (02/2024) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **UGOVOR O HITNIM USLUGAMA****(URGENT SERVICES AGREEMENT)** |
| Popunjavanje ovog obrasca je obavezno. Međutim, ovaj obrazac se mora popuniti i priložiti uz vaš obrazac upisa ako zahtijevate hitne usluge. Ovaj obrazac popunjava aging and disability resource center (resursni centar za starenje i invalidnost, ADRC) ili tribal aging and disability resource specialist (resursni stručnjak za starenje i invalidnost plemena, ADRS).Prijavio/la sam se za primanje usluga putem regulirane zdravstvene zaštite i razumijem da:* Za primanje ovih usluga moram ispunjavati funkcionalne i finansijske uslove.
* Aging and Disability Resource Center (Centar za stare i osobe s invaliditetom) ili Tribal Aging and Disability Resource Specialist (Specijalista za stare i osobe s invaliditetom) utvrdio je da ispunjavam funkcionalne uslove.
* Odluka o mojoj finansijskoj prihvatljivosti je još uvijek na čekanju.
* Ispunio/la sam kriterije za zahtijevanje hitnih usluga.
* Možda ću moći primati neke „hitne” usluge dok čekam odluku o svojoj finansijskoj prihvatljivosti.
* Ukoliko se utvrdi da ne ispunjavam finansijske uslove ili ako se utvrdi da ih ispunjavam, ali odlučim da ne pristupim programu, usluge koje primam putem regulirane zdravstvene zaštite će se okončati. **Snosit ću odgovornost za troškove svih usluga koje su mi pružene u okviru regulirane zdravstvene zaštite. Sarađivat ću s organizacijom za reguliranu zdravstvenu zaštitu u cilju planiranja rasporeda plaćanja.**

Želim da me Aging and Disability Resource Center (Centar za stare i osobe s invaliditetom) ili Tribal Aging and Disability Resource Specialist (Specijalista za stare i osobe s invaliditetom) odmah preporuči organizaciji za reguliranu zdravstvenu zaštitu kako bih mogao/la početi primati zdravstvene usluge koje su mi hitno potrebne. |
| **POTPIS** – Podnosilac prijave | Datum potpisa |
|  |  |
| Ime velikim štampanim slovima |
|       |
| **POTPIS –** Zakonski staratelj, čuvar ili aktivirano punomoćje | Datum potpisa |
|  |  |
| Ime velikim štampanim slovima |
|       |
| **POTPIS** – ADRC (Centar za stare i osobe s invaliditetom)/ Opunomoćeni predstavnik Centra kojeg ovlašćuje ADRS | Datum potpisa |
|  |  |
| Ime velikim štampanim slovima |
|       |
| Odabran je zahtjev za reguliranu zdravstvenu zaštitu, MCO[ ]  Community Care, Inc. [ ]  Inclusa, Inc. [ ]  iCare [ ]  Lakeland Care, Inc. [ ]  My Choice Wisconsin. |
| Ovaj odjeljak je popunio MCO |
| Zahtjev je: |
| [ ]  Odobren. Upis se može dogoditi na ovaj datum ili nakon njega:       . |
| [ ]  Odbijen. Razlog za odbijanje:       . |
| **POTPIS** – MCO predstavnik | Datum potpisa |
|  |  |