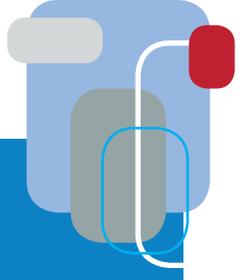


Partnership (الشراكة)



لقد اخترت برنامج Partnership (الشراكة) الذي توفره:

(insert name of the Managed Care Organization)

سيكون تاريخ تسجيلك المتوقع في:

(insert date)

لتحديد موعد زيارة منزلية، سيتم الاتصال بك خلال ثلاثة أيام من تاريخ تسجيلك من قبل:

(insert name of the Managed Care Organization)

ماذا يمكنك أن تتوقع خلال الزيارة المنزلية

خلال هذه الزيارة (والزيارات المستقبلية)، سيخصص موظفو إدارة الرعاية وقتًا للتعرف عليك ولفهم أفضل طريقة برأيك لدعم البرنامج لاحتياجاتك. ونرحب بمشاركة أفراد أسرتك أو أصدقائك في هذا الحوار والحوارات التي تليه.

سيتم سؤالك عن أي عقاقير غير موصوفة أو مستلزمات تشتريها بشكل روتيني. فقد يتم دفع تكاليفها كجزء من خدماتك وخطة الدعم التي سيضعها فريقك.

تذكريات/معلومات إضافية:

1. إن لم تكن راضيًا عن الخدمات التي تتلقاها أو عن أي جزء من الرعاية، يرجى التعبير عن ذلك لفريق رعايتك.
 2. Partnership برنامج طوعي. ويمكنك أن تعيد النظر بقرارك للتسجيل فيه في أي وقت. إذا قررت فيما بعد أنك تريد النظر في خيارات أخرى، يرجى التواصل مع ADRC في _____.
 3. إذا تم تخفيض أو رفض أي خدمة تتلقاها أو تود تلقيها، سيصلك إخطار خطي من _____ (insert name of the Managed Care Organization) فيه معلومات حول حقك بطلب استئناف القرار. وستكون خطوات استئناف القرار ضمن هذا الإخطار. إضافة إلى ذلك، هناك أمناء مظالم يمكنهم المساعدة. بإمكانك التواصل مع برنامج أمين مظالم المسنين أو ذوي الإعاقة في المنطقة بالاتصال بـ _____.
- إن كان لديك أي أسئلة عن الخطوات التالية أو واجهتك مشاكل خلال العملية، بإمكاننا المساعدة. يرجى الاتصال بـ ADRC التابع لـ _____ على الرقم _____.

