



下一步

Partnership (家庭护理合作)

您选择了 **Partnership (家庭护理合作)** 计划，提供者是：

_____ (insert name of the Managed Care Organization)

您预期的**加入日期**是：

_____ (insert date)

在您加入日期后的**三日**内安排一次**家访**,将与您**联系**的人是：

_____ (insert name of the Managed Care Organization)

在家访时会做些什么

在这次家访（以及将来的家访）期间，护理管理工作人员将花时间了解您，并向您询问该计划如何能最好地满足您的需求。欢迎您的家人或朋友参加此次以及未来的谈话。

您将被问到您经常购买的任何非处方药物或用品。这些可能会作为您的服务和团队制订的支持计划的一部分而予以支付。

其他提示/提醒：

1. 如果您对所收到的服务或任何护理的部分不满意，请向您的护理团队表达您的意见。
2. Partnership是自愿参加的计划。您可以在任何时间重新考虑您的加入选择。如果您以后决定想看看其他选择，请联系 _____ 的ADRC。
3. 如果您收到的或希望收到的任何服务被减少或被拒绝，_____（填入管理式护理机构MCO名称）将会给您一份书面通知，其中包含您对决定提起申诉权利的信息。此通知将包括您对决定提出申诉可以采取的步骤。此外，还有称为监察员的维权者可以提供帮助。您可以致电本地的老年人或残障人士监察员计划，号码是_____。

如果您对接下来的步骤有任何疑问或者在过程中遇到问题，我们可以提供帮助。

请致电 _____ 的ADRC，号码是 _____。

