

Mẫu Giới Thiệu Thành Viên Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà (IHSS)

Để giới thiệu, hãy điền và gửi mẫu này cho Cơ quan IHSS do thành viên lựa chọn.

www.colorado.gov/hcpf/in-home-support-services

Quy Trình Giới Thiệu

1. Người Quản Lý Hồ Sơ phải có được tất cả các biểu mẫu bắt buộc bao gồm Chứng Nhận Của Bác Sĩ Về Năng Lực của Người Tiêu Dùng (PACC) trước khi giới thiệu.
2. Bao gồm tất cả các thông tin liên quan trong gói giới thiệu: PACC, Máy Tính Kế Hoạch Chăm Sóc IHSS, Kế hoạch Chia Sẻ Trách Nhiệm trước đó (nếu có trong hồ sơ) và nhân khẩu học thành viên.
3. Tài liệu cho các nhiệm vụ có kỹ năng, v.v.
4. Khi nhận được giấy giới thiệu này, Cơ quan IHSS sẽ liên hệ với thành viên **trong vòng năm ngày làm việc**. Nếu cơ quan chấp nhận thành viên, cơ quan sẽ hoàn thành đánh giá đầu vào và Kế hoạch Chia sẻ Trách nhiệm và phát triển Kế Hoạch Chăm Sóc. Kế Hoạch Chia Sẻ Trách Nhiệm và Kế Hoạch Chăm Sóc sẽ được gửi đến Người Quản Lý Hồ Sơ để xem xét và phê duyệt.
5. Kế Hoạch Chăm Sóc phải được Người Quản Lý Hồ Sơ xem xét **trong vòng năm ngày làm việc** kể từ khi nhận được. Cuộc đối thoại chính thức giữa Người Quản Lý Hồ Sơ, Cơ quan IHSS và thành viên sẽ bắt đầu nếu có bất đồng trong Kế Hoạch Chăm Sóc đã đệ trình.

Thông Tin Thành Viên

Tên: _____ Health First Colorado ID: _____
Tên *Họ*

Địa Chỉ: _____ Quận: _____

Thành Phố: _____ Số ZIP : _____ Miễn Trừ: _____

Email: _____ ☎ Điện thoại: _____

Tóm tắt tình trạng thành viên & nhu cầu hỗ trợ (thêm chỗ trên trang 2): _____

Thông Tin Về Đại Diện Được Ủy Quyền (AR)

Tham khảo mẫu Chứng Nhận Năng Lực Người Tiêu Dùng Của Bác Sĩ; thành viên có yêu cầu Đại Diện Được Ủy Quyền (AR) không? Có Không

Nếu Tuyên Bố Của Bác Sĩ không yêu cầu Người Đại Diện Được Ủy Quyền (AR), thành viên có thể chọn để có một người. Thành viên có tự nguyện chọn có AR không? Có Không

Quản Lý Hồ Sơ

Quản Lý Hồ Sơ Tên: _____ Cơ quan: _____

Email: _____ ☎ Trực Tiếp Điện Thoại: _____

Đại Lý Nhà Cung Cấp

Tên Cơ Quan: _____ Bắt Đầu Đề Xuất Ngày: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____

