

Форма направления участника для получения In-Home Support Services (Услуги поддержки на дому) (IHSS)

Чтобы выполнить направление, заполните и отправьте эту форму в Агентство IHSS по выбору участника. www.colorado.gov/hcpf/in-home-support-services

Процесс направления

1. Менеджер по ведению дела должен получить все обязательные формы, включая Подтверждение врача дееспособности клиента (РАСС), до направления.
2. Включите в пакет направления всю необходимую информацию: РАСС, Калькулятор плана медицинского обслуживания IHSS, предыдущий План совместной ответственности (при наличии) и демографические данные участника.
3. Документация по квалифицированным задачам и т.д.
4. После получения этого направления Агентство IHSS свяжется с участником **в течение пяти рабочих дней**. Если агентство примет участника, оно проведет предварительную оценку и План совместной ответственности, а также разработает План медицинского обслуживания. План совместной ответственности и План медицинской обслуживания будут отправлены Менеджеру по ведению дела для рассмотрения и утверждения.
5. Планы медицинского обслуживания должны быть рассмотрены Менеджером по ведению дела **в течение пяти рабочих дней** с момента получения. Официальный диалог между Менеджером по ведению дела, Агентством IHSS и участником начнется, если есть разногласия в представленном Плане медицинского обслуживания.

Информация участника	
Имя: _____ <i>Имя Фамилия</i>	Идентификационный номер Health First Colorado : _____
Адрес: _____ Округ: _____	
Город: _____ Индекс : _____ Альтернативная программа: _____	
Адрес электронной почты: _____ ☎ Телефон: _____	
Краткий обзор статуса участника и потребностей в поддержке (дополнительное место на странице 2): _____	
Информация Уполномоченного представителя (AR)	
Обратитесь к Форме подтверждения врачом дееспособности клиента; требуется ли участнику Уполномоченный представитель (AR)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Если согласно Заявлению врача не требуется Уполномоченный представитель (AR), участник может решить назначить его. Выбирает ли участник добровольно, чтобы у него/нее был Уполномоченный представитель (AR)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Управление делом	
Имя Менеджера по ведению дела: _____ Агентство: _____	
Адрес электронной почты: _____ ☎ Прямой телефон: _____	
Агентство поставщика услуг	
Название агентства: _____ Предлагаемая дата начала: _____	
Телефон: _____ Факс: _____	

