Washington State
Department of Social & Health Services

DDD Division of Developmental Disabilities

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

自動參加在家中與社區提供服務的另選安置計畫

VOLUNTARY HCBS WAIVER PARTICIPATION

客戶姓名	DDD 號碼
目前在考慮您接受_____的另選安置計畫服務。社會安全法案Title XIX授權批准這項另選安置計畫，為符合資格者提供家中和本社區護理服務。	
關於我的另選安置，本人已獲通知，並選擇接受由發展殘障處提供的在家中與社區提供服務之另選安置計畫服務。	
客戶簽名	日期
法律代理人簽名	日期
關於我的另選安置，本人已獲通知並選擇接受由服務機構提供的看護服務。	
客戶簽名	日期
法律代理人簽名	日期

副本送交： 客戶或法律代理人
客戶檔案