DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

XÁC NHẬN VỀ VIỆC SỬ DỤNG HẾT TRỢ CẤP Y TẾ (MEDICAID)

DOCUMENTATION OF FIRST USE OF MEDICAID BENEFITS

NGÀY:

GỞI ĐẾN: VỀ VIỆC:

Kính gởi:

Quý vị đã yêu cầu để được phép gia hạn một hoặc nhiều điều trong kế hoạch dịch vụ bổ sung của tiểu bang sau đây:

- ☐ Vật lý trị liệu
- ☐ Trị liệu bệnh do nghề nghiệp
- ☐ Dịch vụ về nói, nghe và ngôn ngữ

Bởi vì những dịch vụ này hiện cung cấp cho quý vị qua trợ cấp Medicaid, do đó đòi hỏi phải có chứng minh cho thấy rằng quý vị đã sử dụng hết tất cả những quyền lợi hiện có cho quý vị trong trợ cấp Medicaid trước khi được dùng ngân quỹ của Dịch Vụ Bổ Sung. (WAC 388-845-1000 và WAC 388-845-1015)

Xin điền vào phần sau đây và gởi lại cho tôi bằng bưu điện hoặc bằng FAX.

☐ Medicaid đã trả tiền cho việc chữa trị này # lần/ # tháng.
Tên của chuyên viên trị liệu:

☐ Chuyên viên trị liệu của tôi đã nhận được sự chấp thuận cho trị liệu thêm của MAA (Cơ Quan Quản Trị Trợ Cấp Y Tế), và hoàn tất các lần trị liệu thêm.

☐ Chuyên viên trị liệu của tôi đã yêu cầu MAA chấp thuận cho trị liệu thêm và đã bị từ chối.

☐ Tôi đang trong danh sách chờ các dịch vụ của chuyên viên trị liệu có hợp đồng với Medicaid.

- o Các dịch vụ do Medicaid đài thọ sẽ không có sẵn cho tôi đến
- o Nơi chăm sóc là

☐ Tôi không thể tìm chuyên viên trị liệu hiện có hợp đồng với Medicaid trong vòng 60 dặm từ nhà của tôi.

☐ Dịch vụ không được Medicaid đài thọ (Cho biết rõ dịch vụ) _____.

Cám ơn quý vị.

_____ _____
Tên của Người Quản Lý Hồ Sơ Chức Vụ

_____ _____
Số Điện Thoại (kể cả số vùng) Số FAX (kể cả số vùng)

Địa Chỉ Gởi Thư:

Có đính kèm: Phong bì hồi báo đã có sẵn địa chỉ

cc: Hồ Sơ của Thân Chủ

INSTRUCTIONS

When do I use this form?

You must use to this form before approving the authorization and payment of extended state plan services as a waiver service.

What options do I have for getting this form completed?

- You may complete this form during an interview or telephone discussion with the person/family/legal representative or
- You can mail it out to be completed and returned by mail. When mailing the form, include a self-addressed return envelope.

Do I need additional verification of this information?

You must determine if this notice provides you sufficient information. You may need to call the therapist/clinic for further information or verification.

Do I need to anything else if one of the reasons on this form is checked?

If you are exempting use of first use of Medicaid because there is no Medicaid provider available or willing to do this service within 60 miles of the person's home, you must proceed to the Waiver ETR form # 15-271 and instructions.

Do I have to use Medicaid contracted therapist when authorizing Waiver services?

You can use any ADSA contracted therapist when authorizing waiver services. If the person wants to continue with their Medicaid contracted therapist, the therapist must have an ADSA contract before you can authorize services through the waiver.