

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПОМОЩЬ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ СТАТУСА И ПЕРЕАТТЕСТАЦИИ MEDICAID

(Имя резидента)

Если запрос о переаттестации для Medicaid производится или производился резидентом или для него/её доверенным лицом, то подписанное утверждает право дома престарелых Толстовского Фонда получать любую информацию в полном объёме относительно статуса Medicaid данного резидента и/или данные, содержащиеся в просьбе (заявлении) на Medicaid и иначе (в противном случае, иным способом) в помощи переоформления.

Конфиденциальность всех данных будет обеспечена законом социальных служб.

Фотокопия этого документа может использоваться как оригинал.

Подпись:

_____ (Если не резидент – укажите родственные отношения)

Адрес:

Рабочий телефон:

Домашний телефон:

Сотовый телефон:
