Квалифицированная медицинская помощь и уход
в доме престарелых будут предоставлены что

_____, _____, Я _____,
Степень Родства Имя Резидента

всё имущество резидента, поступившего в Толстовский Медицинский Реабилитационный Центр, будет использовано в пользу даного резидента. Я сообщаю, настолько мне известно, там нет, и не будет переводов с фондов даного резидента, которые не соответствуют Medicaid, если использование Medicaid будет необходимым. Однако, ничто не предотвратит перевод из фонда резидента в соответствии с законом и предписаниями Medicaid, предусматривающие переводы, не являющиеся результатом периода неоплаты услуг дома престарелых или лично или с помощью Medicaid.

Я гарантирую, что в случае если средства Medicare, Medicaid или другой частной страховки не получены для оплаты услуг медицинского реабилитационного центра Толстовского Фонда (с чем я согласен и считаю справедливым и разумным,) я полностью буду ответственным за неоплаченый баланс, не из фонда резидента, включая все переводы изменяющиеся в соответствии с законом и предписаниями Medicaid, используя все средства, дозволенные Medicaid.

Подпись Дата Дата поступления

Подписано и присягнуто этом _____ ДЕНЬ _____20_____.

_____
Нотариус

Лицо, расчитывающее получить помощь Medicaid для оплаты услуг дома престарелых, может иметь сумму, не превышающую $13.050.00, для личный нужд. В дополнение к этой сумме, можно иметь отдельно деньги для похорон, заявленные только для этой цели. Это может быть отдельный счёт на сумму $1500.00.