

ДОГОВОР/СОГЛАШЕНИЕ О РЕГИСТРАЦИИ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ПРОГРАММЫ ПО ПЕРСОНАЛЬНОМУ УХОДУ

Инструкции:

- Данный бланк должен быть заполнен в трех экземплярах.
- Данный бланк должен быть заполнен до регистрации по **каждому** отношению между поставщиком услуг и клиентом.
- Часть I должна быть заполнена поставщиком услуг.
- Часть II должна быть заполнена клиентом или уполномоченным представителем, если уполномоченный представитель **НЕ является поставщиком услуг**.
- Часть III должна заполняться работниками округа.
- Оригинал бланка должен храниться в округе и копии выдаваться поставщику и получателю.

ЧАСТЬ I – ПОСТАВЩИК УСЛУГ

ИМЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ				НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
АДРЕС (Улица, Город, Индекс)				ТЕЛЕФОН ()
ДАТА РОЖДЕНИЯ (Месяц, День, Год)	ПОЛ	НАЦ. ПРОИСХОЖДЕНИЕ	ОТНОШЕНИЕ К КЛИЕНТУ	НАЧАЛО РАБОТЫ (Месяц, День, Год)

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

- Я заявляю, что все платежные требования, предъявленные мной, за услуги участникам Программы Услуг по Персональному Уходу будут подкреплены услугами в том же объеме, который был уполномочен для данного клиента.
- Я подтверждаю, что все данные, предъявленные в округ являются правдивыми и полными, насколько я знаю.
- Я осознаю, что оплата за эти платежные требования будут обеспечиваться из федеральных средств и/или средств штата и что любые ложные сведения, платежные требования, или сокрытие фактов будут пресекаться по законам штата и/или федеральным законам.
- Я согласен с тем, что услуги будут предложены без дискриминации на основании расы, религии, цвета, национального или этнического происхождения, пола, возраста, или физической и умственной инвалидности.

ИМЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА
----------------------	------

ЧАСТЬ II – ПОДТВЕРЖДЕНИЕ КЛИЕНТА

Я заявляю, что поставщик услуг, указанный выше, способен обеспечивать услуги персонального ухода для меня в объеме, уполномоченном округом.

ИМЯ КЛИЕНТА	НОМЕР ДЕЛА
ПОДПИСЬ КЛИЕНТА (Или Уполномоченного Представителя)	ДАТА

ЧАСТЬ III – СОХРАННОСТЬ ДОКУМЕНТОВ

От имени поставщика услуг, округ будет сохранять все записи нужные для того, чтобы в полной мере раскрыть объем услуг клиенту в период по меньшей мере трех лет с начала предоставления услуг ; и по просьбе, предоставит документы для проверки Штатом Калифорнии или Департаментом Здоровья и Социальных Услуг или уполномоченными ими представителями.

ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ОКРУГА	НОМЕР РАБОТНИКА	ДАТА
--	-----------------	------

ЧАСТЬ IV – РАЗРЕШЕНИЕ ПО МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ

Департамент ручается, что лицо, указанное выше будет являться зарегистрированным поставщиком Medi-Cal по обеспечению услуг персонального ухода.

Департамент Здравоохранения штата Калифорния