

Exención para habilitación residencial

Información sobre la Exención ABI • 1-866-281-5602 (TTY: 800-596-1746) • ABIinfo@umassmed.edu

La Exención para habilitación residencial por una lesión cerebral adquirida (ABI-RH, por sus siglas en inglés) está disponible por medio de MassHealth para personas que han sufrido una lesión cerebral adquirida. La Exención ABI-RH incluye servicios de habilitación residencial, brindando cuidados en un ambiente de vivienda grupal.

Nombre del solicitante		Número de teléfono ()	
Fecha de nacimiento / /	Número de seguro social	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de ID de MassHealth
Nombre del establecimiento			Fecha de admisión / /
Dirección del establecimiento			
Nombre de la entidad de transición de demostración de MFP (si aplica)		Nombre del coordinador de transición	
Número de teléfono del Coordinador de transición ()		Correo electrónico del coordinador de transición	
<p>▶ <input type="checkbox"/> Estoy solicitando la exención ABI-RH.</p> <p>▶ ¿Deberíamos comunicarnos con alguien que no sea usted sobre esta solicitud? (Por favor, marque una.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>			
Nombre del contacto		Número de teléfono del contacto ()	Relación
Dirección del contacto			
<p>Si nos deberíamos comunicar con una persona que no sea usted sobre esta solicitud, o con una persona que actúa en su nombre, puede elegir a un representante autorizado para que lo ayude con algunas o todas las responsabilidades de solicitar u obtener beneficios de salud. Para ello, puede llenar un Formulario de designación de representante autorizado de MassHealth (ARD, por sus siglas en inglés). Para solicitar un formulario ARD, llame a Información sobre la Exención ABI (ABI Waiver Information) al 1-866-281-5602.</p> <p>Al firmar esta solicitud, estoy declarando que</p> <ul style="list-style-type: none"> • he permanecido y actualmente estoy en un centro especializado de enfermería u hospital para enfermedades crónicas o de rehabilitación durante un mínimo de 90 días; • tengo un diagnóstico de lesión cerebral adquirida; y • sufrí mi lesión cerebral a los 22 años de edad o mayor. 			
Firma del solicitante o Representante autorizado		Fecha	
<p>☒ Envíe su solicitud completa a: UMass ABI Waiver Unit, 333 South Street, Shrewsbury, MA 01545. El personal de la Unidad de exenciones ABI de UMass (UMass ABI Waiver Unit) se comunicará con usted cuando haya recibido su solicitud. Ellos procesarán la solicitud.</p>			