



Đơn Xin Miễn Trừ Dịch Vụ Tại Gia Và Cộng Đồng Cho Người Bị Tổn Thương Não Bộc Mắc Phải (ABI) Miễn Trừ Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú

THÔNG TIN MIỄN TRỪ ABI • (866) 281-5602, TTY: (800) 596-1746 • ABIinfo@umassmed.edu

Miễn Trừ Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú Cho Chấn Thương Não Bộc Mắc Phải (ABI-N) có sẵn thông qua MassHealth cho những người bị chấn thương não mắc phải và những người đã sống trong một cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện dành cho bệnh mãn tính hoặc phục hồi chức năng trong ít nhất 90 ngày liên tục. Miễn trừ ABI-N phục vụ các hội viên MassHealth không cần dịch vụ và hỗ trợ 24/7. Miễn trừ ABI-N không bao gồm các dịch vụ hỗ trợ nội trú. Những người tham gia sẽ cư trú và nhận các dịch vụ miễn trừ tại nhà riêng hoặc căn hộ của họ hoặc tại nhà của người khác.

Tên người nộp đơn

Ngày sinh

Giới tính của quý vị được chỉ định khi sinh là gì? ☐ Nam ☐ Nữ

Số an sinh xã hội

Số ID MassHealth

Ngôn ngữ ưu tiên

Số điện thoại của người nộp đơn

Tên cơ sở

Ngày nhập viện

Địa chỉ cơ sở

Chúng tôi có nên liên hệ với người khác về đơn xin của quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Ai hoặc cơ quan nào đã giới thiệu quý vị đến chương trình này?

Tên liên hệ

Số điện thoại liên hệ

Mối quan hệ

Địa chỉ liên hệ

Quý vị có thể chọn một đại diện được ủy quyền để giúp quý vị nộp đơn xin hoặc nhận các phúc lợi y tế. Quý vị có thể làm điều này bằng cách điền vào mẫu Đơn Chỉ Định Người Đại Diện Được Ủy Quyền (ARD) của MassHealth. Để yêu cầu mẫu đơn ARD, hãy gọi Thông tin miễn trừ ABI theo số (866) 281-5602, TTY: (800) 596-1746 hoặc gửi email đến ABIinfo@umassmed.edu.

Miễn Trừ ABI-N phục vụ các hội viên MassHealth đã sống trong một cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện dành cho bệnh mãn tính hoặc phục hồi chức năng trong ít nhất 90 ngày liên tục.

Khi ký tên vào đơn xin này, tôi tuyên bố rằng

- » Tôi dự kiến sẽ ở trong cơ sở điều dưỡng hoặc bệnh viện dành cho bệnh mãn tính hoặc phục hồi chức năng trong 90 ngày liên tục hoặc lâu hơn;
- » Tôi bị chấn thương não mắc phải; và
- » Tôi bị chấn thương não khi 22 tuổi hoặc sau đó.

Chữ ký của người nộp đơn hoặc người đại diện được ủy quyền

Tháng/ngày/năm

Gửi đơn đăng ký đã hoàn thành của quý vị đến

Waiver Unit
UMass Chan Medical School
PO Box 2635
Worcester, MA 01613

Nhân viên tại Waiver Unit (Đơn vị miễn trừ) ABI sẽ liên hệ với quý vị khi nhận được đơn đăng ký của quý vị để bắt đầu quy trình đăng ký.