



供后天性脑损伤 (ABI) 患者使用的家庭和社区服务豁免申请表 居家复健豁免

ABI 豁免信息 • (866) 281-5602, TTY: (800) 596-1746 • ABInfo@umassmed.edu

后天性脑损伤居家复健 (ABI-RH) 豁免可通过 MassHealth 提供, 适用于已在护理设施、慢性病医院或康复医院连续居住至少 90 天的后天性脑损伤患者。ABI-RH 豁免向需要居家支持服务的 MassHealth 会员服务。参加者将居住在由服务提供者拥有并配备工作人员的场所, 接受豁免服务, 每周 7 天、每天 24 小时提供监督服务。

申请人姓名

出生日期

您出生时的性别是什么? ☐ 男 ☐ 女

社会安全号码

MassHealth ID 号码

首选语言

申请人电话号码

设施名称

入住日期

设施地址

我们是否能就您的申请联系其他人? ☐ 是 ☐ 否

谁或哪个机构将您转介到本项目?

联系人姓名

联系人电话号码

关系

联系人地址

您可以选择一位经授权代表, 帮助您申请或获得保健福利。您可以通过填写“MassHealth 经授权代表指定表” (ARD) 完成此项操作。如需索取 ARD, 请电洽 ABI 豁免信息部, 电话 (866) 281-5602, TTY: (800) 596-1746, 或发电子邮件至 ABInfo@umassmed.edu。

ABI-RH 豁免适用于已在护理设施、慢性病医院或康复医院连续居住至少 90 天的 MassHealth 会员。

签署本申请表即表示我声明:

- » 我预计将在护理设施、慢性病医院或康复医院连续居住 90 天或更长时间;
- » 我患有后天性脑损伤; 并且
- » 我于 22 岁或以上遭受脑损伤。

申请人或经授权代表签名

日期

请将填妥的申请表寄至 Waiver Unit
UMass Chan Medical School
PO Box 2635
Worcester, MA 01613

ABI 豁免部的工作人员将在收到您的申请表后与您联系, 并开始启动申请流程。