



# Requerimento para Dispensas de Serviços de Atendimento Comunitário para o Plano de Progressão Médica (MFP)

## Dispensa de Vida na Comunidade

INFORMAÇÕES SOBRE DISPENSA MFP • (855) 499-5109, TTY: (800) 596-1746 • [MFInfo@umassmed.edu](mailto:MFInfo@umassmed.edu)

A Dispensa do Plano de Progressão Médica para Viver na Comunidade (MFP-CL) está disponível por meio do MassHealth para pessoas que estejam vivendo em uma instituição de enfermagem ou em um hospital de doenças crônicas ou de reabilitação ou em hospital psiquiátrico durante no mínimo, 90 dias consecutivos. A dispensa MFP-CL atende membros do MassHealth que não necessitam de serviços e suporte 24 horas. A dispensa MFP-CL não inclui serviços de suporte residencial. Os participantes residirão e receberão serviços de dispensa em sua própria casa ou apartamento ou na casa de outra pessoa.

Nome do(a) requerente

Data de nascimento

Qual sexo foi atribuído a você ao nascer?  M  F

Número de Seguro Social (SSN)

Número de ID do MassHealth

Idioma preferencial

Telefone do(a) requerente

Nome da instalação

Data de admissão

Endereço da instalação

Devemos contatar outra pessoa sobre seu requerimento?  Sim  Não

Quem ou qual agência encaminhou você a este programa?

Nome do contato

Telefone para contato

Relacionamento

Endereço para contato

Você pode escolher um representante autorizado para ajudar a requerer ou obter benefícios de saúde. Isso pode ser feito preenchendo o Formulário de Designação de Representante Autorizado do MassHealth (ARD). Para solicitar um formulário ARD, ligue para informações sobre dispensa MFP pelo telefone (855) 499-5109 (TDD/TTY: (800) 596-1746 ou envie e-mail para [MFInfo@umassmed.edu](mailto:MFInfo@umassmed.edu).

A dispensa MFP-CL atende aos membros do MassHealth que estejam vivendo em uma instituição de enfermagem ou em um hospital de doenças crônicas, de reabilitação ou psiquiátrico durante pelo menos 90 dias consecutivos.

Ao assinar este requerimento, declaro que:

- » Espero permanecer na instituição de enfermagem ou no hospital de doenças crônicas, de reabilitação ou psiquiátrico durante 90 dias consecutivos ou por mais tempo; e
- » Tenho uma deficiência ou 65 anos ou mais.

Assinatura do solicitante ou de seu representante autorizado

Data

**Envie seu requerimento para**

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

A equipe da Unidade de Dispensa MFP entrará em contato para iniciar o processo do requerimento assim que receber o seu requerimento.