



# Formulário de encaminhamento de Massachusetts da Demonstração do programa “O dinheiro acompanha a pessoa”

A Demonstração do programa “O dinheiro acompanha a pessoa” (MFP) ajuda pessoas idosas e com deficiências que se encontram em instituições de enfermagem, hospitais de doenças crônicas e de reabilitação, ou outras instituições qualificadas a serem transferidas de volta para a comunidade.

Forneça as informações abaixo para enviar um encaminhamento. Observe que todo campo com um asterisco (\*) é obrigatório.

## Seção 1: Informações da pessoa

Nome da pessoa\*

Sobrenome da pessoa\*

Data de nascimento\*

No. de ID do MassHealth (deve ter 12 dígitos)

Número de telefone\*

E-mail

Tipo de instituição atual

Nome da instalação

Endereço\*

Cidade\*

Estado\*

Código postal (ZIP)

Telefone da instituição

Nome de contato da instituição

Data de admissão

Data de alta prevista, se conhecida

A pessoa precisa de moradia? ☐ Sim ☐ Não ☐ Desconhecido

Identidade de gênero

Idioma de preferência (falado)

Idioma de preferência (escrito)

A pessoa precisa de serviço de interpretação? ☐ Sim ☐ Não

## Seção 2: Tutor legal e/ou procurador para atendimento de saúde efetivado

A pessoa tem um guardião legal?\* ☐ Sim ☐ Não

Se Sim, preencha os campos na Seção 2 a seguir.

Nome do guardião legal

Sobrenome do guardião legal

Telefone do guardião legal

E-mail do guardião legal

A pessoa possui um procurador de atendimento de saúde efetivado?\* ☐ Sim ☐ Não

Se Sim, preencha os campos na Seção 2 a seguir.

Nome do procurador de atendimento de saúde efetivado

Sobrenome do procurador de atendimento de saúde efetivado

Telefone do procurador de atendimento de saúde efetivado

E-mail do procurador de atendimento de saúde efetivado

## Seção 3: Quem está preenchendo este formulário?

Nome do remetente\*

Sobrenome do remetente\*

Relação com a pessoa

Cargo

Endereço do remetente

Cidade\*

Estado\*

Código postal (ZIP)

Telefone do remetente\*

E-mail do remetente\*

O encaminhamento refere-se à Seção Q do Conjunto Mínimo de Dados (MDS)? ☐ Sim ☐ Não

A pessoa está ciente deste encaminhamento?\* ☐ Sim ☐ Não

#### **Seção 4: A pessoa já está trabalhando em uma agência estadual?**

Se souber, informe o seguinte:

Agência

Nome de contato na agência \_\_\_\_\_  
Nome Sobrenome

\_\_\_\_\_  
Telefone de contato da agência E-mail de contato da agência

Para enviar o formulário de encaminhado ao programa MFP Demo, preencha este formulário, salve-o e envie por e-mail para o escritório do Projeto MFP em [MFP@mass.gov](mailto:MFP@mass.gov). A linha do assunto deve indicar MFP Demo Referral (Encaminhamento para MFP Demo).

Observação: se você for uma agência ou organização estadual fazendo o encaminhamento em nome da pessoa, o e-mail deve ser enviado de forma segura e cumprindo as leis de privacidade pertinentes.

Este documento foi desenvolvido com recursos do subsídio CFDA 93.791 do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (U.S. Department of Health and Human Services) e dos Centros de Serviços do Medicare e Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services). O conteúdo deste documento não representa necessariamente a política do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, e você não deve presumir endosso por parte do governo federal.

**Fim do formulário**