



# Đơn Giới Thiệu Vào Chương Trình Money Follows The Person Demonstration Massachusetts

Chương trình Money Follows the Person (MFP) Demonstration giúp người cao tuổi và người khuyết tật chuyển từ các cơ sở điều dưỡng, bệnh mãn tính hoặc bệnh viện phục hồi chức năng, hoặc các cơ sở đủ điều kiện khác giúp trở lại cộng đồng.

Vui lòng điền các thông tin sau để gửi yêu cầu giới thiệu. Lưu ý rằng bất kỳ trường nào có dấu hoa thị (\*) là bắt buộc.

## Ngày nộp đơn giới thiệu

### Phần 1: Thông Tin Về Người Này

Tên Của Người Này\*

Họ của Người Này\*

Tháng/Ngày/Năm Sinh\*:

Số # ID MassHealth (phải có 12 chữ số)

Số Điện Thoại\*

Địa Chỉ Email

Loại cơ sở hiện tại

Tên Cơ Sở

Địa chỉ \*

Thành phố\*

Tiểu bang\*

Mã ZIP\*

Số điện thoại của cơ sở

Tên Họ Người Liên Lạc Tại Cơ Sở

Tháng/ngày/năm Tiếp Nhận

Ngày xuất viện dự kiến, nếu biết

Người này có cần nhà ở không?

Có  Không  Không xác định được

Bản dạng giới

Ngôn ngữ giao tiếp muốn dùng

Ngôn ngữ viết muốn dùng

Người này có cần thông dịch viên không?  Có  Không

## Phần 2: Quyền Giám Hộ và/hoặc Áp Dụng Ủy Quyền Chăm Sóc Y Tế

Người nộp đơn có người giám hộ hợp pháp không?\*  Có  Không

Nếu có, vui lòng điền vào các trường sau trong Phần 2.

Tên của Người Giám Hộ Hợp Pháp

Họ của Người Giám Hộ Hợp Pháp

Số Điện Thoại của Người Giám Hộ Hợp Pháp

Địa chỉ Email của Người Giám Hộ Hợp Pháp

Người này có áp dụng ủy quyền chăm sóc y tế không?\*  Có  Không

Nếu Có, vui lòng điền vào các trường sau trong Phần 2.

Tên của người áp dụng ủy quyền chăm sóc y tế

Họ của người áp dụng ủy quyền chăm sóc y tế

Số điện thoại của người áp dụng ủy quyền chăm sóc y tế

Địa chỉ email của người áp dụng ủy quyền chăm sóc y tế

## Phần 3: Ai đang điền đơn này?

Tên Của Người Gửi Đơn\*

Họ Của Người Gửi Đơn\*

Mối Quan Hệ với Người này\*

Danh xưng

Địa Chỉ Người Gửi Đơn

Thành phố\*

Tiểu bang\*

Mã ZIP\*

Số Điện Thoại của Người Gửi Đơn\*

Địa Chỉ Email Của Người Gửi Đơn\*

Việc giới thiệu có phải do MDS Phần Q không?  Có  Không

Người này có biết về việc giới thiệu này không?\*  Có  Không

#### Phần 4: Người này đã làm việc với cơ quan nhà nước chưa?

Nếu biết, vui lòng hoàn thành các mục sau:

Cơ quan Nhà nước

Cơ quan Nhà nước

Tên

Họ

Số Điện Thoại Liên Lạc của Cơ Quan

Email Liên Lạc của Cơ Quan

Để gửi Mẫu Đơn Giới thiệu này đến chương trình Demo MFP, hãy điền vào đơn, lưu lại và gửi email đến MFP Project Office (Văn phòng Dự án MFP) tại [MFP@mass.gov](mailto:MFP@mass.gov). Dòng Chủ đề phải là MFP Demo Referral (Giới thiệu Demo MFP).

Xin lưu ý: Nếu quý vị là cơ quan hoặc tổ chức của tiểu bang thay mặt cho người nộp đơn gửi đơn này, hãy nhớ gửi email một cách an toàn và tuân thủ mọi luật hiện hành về quyền riêng tư.

Tài liệu này được thành lập theo khoản tài trợ CFDA 93.791 từ Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid. Các nội dung không nhất thiết phải đại diện cho chính sách của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ và quý vị không nên tự cho rằng đó là chứng thực của chính phủ liên bang.

#### Phần Cuối Mẫu Đơn