



马萨诸塞州搬回社区资助计划 (Money Follows the Person Demonstration) 转介表

搬回社区资助计划 (MFP) 旨在帮助老年人和残障人士从护理设施、慢性病或康复医院或其他符合条件的设施重返社区。

请填写以下信息以提交转介表。请注意, 带星号 (*) 的栏目为必填项。

转介提交的日期

第 1 节: 个人信息

个人名*

个人姓*

出生日期*:

MassHealth ID 号码 (必须是 12 位数)

电话号码*

电子邮件地址

目前的设施类型 — 请选择一项:

设施名称

地址*

地址*

城市*

州*

设施电话号码

设施联系人姓名

入住日期

预计的出院日期 (如知道)

该个人需要住房吗? 是 否 不知道

性别认同 — 请选择一项:

首选口语

首选书面语言

该个人需要口译员吗? 是 否

第 2 节:监护权及/或已授权医疗保健代理人

该个人是否有法定监护人?* 是 否

如果回答“是”,请填写第 2 节中的以下栏目

法定监护人名

法定监护人姓

法定监护人电话号码

法定监护人电子邮件地址

该个人是否有已授权医疗保健代理人?* 是 否

如果回答“是”,请填写第 2 节中的以下栏目。

已授权医疗保健代理人名

已授权医疗保健代理人姓

已授权医疗保健代理人电话号码

已授权医疗保健代理人电子邮件地址

第 3 节:谁在填写本表?

表格提交人名*

表格提交人姓*

与该个人的关系*

职称

表格提交人地址

城市*

州*

邮政编码*

表格提交人电话号码*

表格提交人电子邮件地址*

转介表应送给 MDS Section Q 吗? 是 否

该个人了解该转介吗?* 是 否

第 4 节:该个人已经在与州政府机构合作吗?

如果已知,请填写以下各项:

机构 — 请选择一项

机构联系人姓名

名

姓

机构联系人电话

机构联系人电邮

如需向 MFP Demo 计划送交本转介表,请填写和保存本表,并用电子邮件 MFP@mass.gov 发送给 MFP 项目办公室。主题行应为“MFP Demo Referral”。

请注意:如果您是代表该个人发送转介表的州政府机构或组织,请确保安全发送电子邮件,并符合所有适用的隐私法。

本文件使用美国卫生与公众服务部 Medicare & Medicaid 服务中心的 CFDA 93.791 拨款编写。此处的内容不一定代表美国卫生与公众服务部的政策,您不应当假设此处的内容得到联邦政府的认可。

表格终止