



Solicitud de exenciones para servicios basados en el hogar y la comunidad para personas con lesión cerebral adquirida (ABI)

Exención para habilitación residencial

MassHealth use only

Date application received:

____/____/____

INFORMACIÓN SOBRE LA EXENCIÓN ABI • 1-866-281-5602 (TTY: 800-596-1746) • ABIINFO@UMASSMED.EDU

La Exención para habilitación residencial por una lesión cerebral adquirida (ABI-RH) está disponible por medio de MassHealth para personas que han sufrido una **lesión cerebral adquirida y que han estado viviendo en un centro de enfermería o en un hospital por al menos 90 días consecutivos**. La Exención ABI-RH beneficia a los afiliados de MassHealth que necesitan servicios de apoyo residencial. Los participantes residirán y recibirán servicios de exención en establecimientos con personal e instalaciones pertenecientes a los proveedores, con supervisión las 24 horas del día, siete días a la semana.

Nombre del solicitante

Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de seguro social
---------------------	--	-------------------------

Número de ID de MassHealth	Número de teléfono
----------------------------	--------------------

Nombre del establecimiento	Fecha de admisión
----------------------------	-------------------

Dirección del establecimiento

¿Deberíamos comunicarnos con otra persona acerca de su solicitud? Sí No

Nombre del contacto

Número de teléfono del contacto	Relación
---------------------------------	----------

Dirección del contacto

Usted puede elegir un representante autorizado para ayudarle con algunas o todas las responsabilidades de solicitar o de obtener beneficios de salud. Usted puede hacer esto completando un Formulario de designación de representante autorizado de MassHealth (ARD). Para solicitar el formulario ARD, llame a información sobre la Exención ABI al 1-866-281-5602 (TTY: 1-800-596-1746 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

Al firmar esta solicitud, yo estoy declarando que

- » he permanecido y actualmente estoy en un centro de enfermería o en un hospital para enfermedades crónicas o de rehabilitación durante 90 días consecutivos o por más tiempo;
- » tengo un diagnóstico de lesión cerebral adquirida; y
- » sufrí una lesión cerebral a la edad de 22 años o mayor.

Firma del solicitante o del representante autorizado

Fecha

Envíe su solicitud completada a:

UMass ABI Waiver Unit
333 South Street
Shrewsbury, MA 01545

Cuando el personal de la Unidad de exenciones ABI haya recibido su solicitud, se comunicará con usted para iniciar el proceso de solicitud.